BULLETIN GÉNÉRAL

DE

# THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7. BATIGNOLLES.
Boulevard extérieur de Paris.)

# BULLETIN GÉNÉRAL

DE

# THÉRAPEUTIQUE

## MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

## Recueil Pratique

PUBLIÉ

**PAR LE DOCTEUR DEBOUT,**

MÉDECIN DES DISPENSAIRES, ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE,
RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME QUARANTE-TROISIÈME.





PARIS.
CHEZ LE REDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,
RUE THÉRÈSE, N° 4.

1852

# BULLETIN GÉNÉRAL

DE

# THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

### DES DERNIÈRES ENTRAVES DU PHYSIOLOGISME BROUSSAISIEN DANS LA PRATIQUE.

« Rien de plus dangereux que les erreurs d'un homme de génie. »
(BORDEU.)

Ces paroles d'un médecin célèbre ont un sens aussi juste que profond ; nous en avons eu un exemple singulièrement remarquable lors de la période croissante du physiologisme. Les médecins de notre époque, et surtout les jeunes docteurs, n'ont pas la moindre idée de ce qu'était et de ce que fit Broussais, le prétendu réformateur de la médecine, lorsqu'il se montra sur le théâtre de la science ; de l'influence despotique qu'il exerça sur les esprits et les opinions de son temps; bien moins encore connaissent-ils la polémique animée, acerbe, élevée, savante, qui eut lieu à ce sujet, pendant plus de quinze ans; polémique qui, mettant à nu les racines mêmes de la science, en fit voir tantôt la faiblesse et la nullité, tantôt la profondeur et la solidité.

Dès que Broussais parut, il jeta un hautain et formel dédain aux vieilles vérités de la médecine; il essaya de prouver qu'elles n'étaient que le résultat de l'ignorance, des préjugés, en un mot, de la *crasse* des siècles précédents, selon son expression. Esprit abrupt, fougueux, batailleur, novateur, doué d'une verve agressive puissante, il attaqua directement les doctrines acceptées, les principes reconnus, la pratique en faveur. Il y avait en lui, la remarque en fut faite, avec la différence de temps, quelque chose de Paracelse, qui fit tant de bruit dans le seizième siècle ; on en reconnut l'audace, l'emportement, la superbe, l'hyperbolique assurance, ce ton d'enthousiaste disant hautement : la

médecine, *c'est moi*. A force de creuser, d'examiner, de méditer, la vérité médicale m'est apparue, *je l'ai trouvée;* accourez donc vous qui en avez soif, vous qui la cherchez avec ardeur et anxiété. Peu s'en fallut qu'il ne s'écriât : *ego sum lux et vita*. On peut s'imaginer le prodigieux effet de ces paroles sonores, de cette rude éloquence, sur les élèves, sur les jeunes médecins; puis l'inquiétude, l'effroi qu'elles jetèrent dans l'esprit des vieux praticiens qui, sans croire la science parvenue à son dernier terme, pensaient au moins que les bases en étaient inébranlables. Et qu'on ne croie pas que le tableau fait ici soit une pure fantaisie, un simple exercice de l'imagination ; les médecins contemporains peuvent en attester la complète vérité. Pour prouver l'inanité de ce qu'il appelait la vieille médecine, Broussais affectait de n'y voir qu'une sorte de métaphysique bâtarde, un fantôme de science, en un mot, de *l'ontologie*, selon sa fameuse expression. Il disait : J'assemble, j'accumule, je compare leurs principes, je les décompose, je les analyse et je trouve.... zéro; puis il passait aux preuves de ce singulier problème, le tout accompagné, dans ses cours, de saillies piquantes et caustiques, d'apostrophes virulentes, de bons principes et de fausses vues, d'aperçus ingénieux et d'erreurs évidentes, d'axiomes incontestables et de règles de pratique dangereuses et inapplicables; enfin, d'une foule d'idées séduisantes, de cas ressemblant à la vérité, comme la dorure ressemble à l'or, à ce quelque chose qui attire et qui trompe, comme le mirage. Ajoutons à ces causes de succès, la redoutable et dangereuse illusion de certains mots, puissante logocratie qui a tant d'empire sur les hommes ordinaires. Ainsi, quand Broussais propageait sa doctrine, c'était, disait-on, le *progrès*, c'était le *flambeau* scientifique des temps modernes; on restait classé parmi les médecins rétrogrades, les encroûtés, les ennemis des lumières ; on se plaçait en dehors de la civilisation médicale, si l'on refusait de croire aux grandes vérités de la *nouvelle doctrine*. Bien plus, la médecine physiologique fut hautement proclamée un *des besoins du siècle*. C'était, disait-on, l'époque de résurrection de la science, sa date providentielle, l'ère d'après laquelle il fallait désormais compter ses progrès, etc., et tout ce faux et lâche respect admiratif que les esprits médiocres portent aux esprits supérieurs. Broussais lui-même affirmait que tout adversaire de sa doctrine avait un *encéphale défectueux*.

On se tromperait néanmoins en pensant que le bouillant autocrate de la doctrine de l'irritation n'avait que des apparences et comme un savoir théâtral. Tonner et étonner entrait sans doute dans ses calculs, comme moyens de succès pour fixer l'attention et amener ensuite une complète révolution de principes et de doctrine; mais il avait, de plus,

un vaste savoir, et surtout cette intelligence hardie, pénétrante, qu'attirent également les problèmes les plus élevés et les études de détail qui n'exigent que du labeur et de la patience, double qualité qui fonde les théories les plus brillantes. Broussais sut encore s'emparer avec habileté des acquis de la science, au profit de son système. Bien que Mazandal eût déjà écrit sur les irritations, quoique Prost (1) eût publié un ouvrage sur la médecine, résultat de l'ouverture des cadavres, quoique Chirac, et plus tard Alexis Pujol, eussent émis l'idée que la plupart des maladies chroniques dépendaient d'une inflammation latente organique, leurs travaux avaient laissé peu de traces dans la science. Broussais s'en empara, les augmenta par ses travaux et les fit valoir avec cette force de logique, cette hauteur de polémique et, il faut bien le redire, ce retentissement de la parole, *ferrea vox*, qui lui étaient particuliers. C'est alors qu'il s'occupa de la localisation des affections pathologiques et qu'il établit « que la maladie était le cri de l'organe souffrant. » Mais ce qui lui donna et ce qui lui donne encore une incontestable prééminence sur les observateurs vulgaires, les simples collecteurs de faits, c'est qu'il sut pénétrer, à sa manière, l'esprit de ces mêmes faits, les coordonner, les expliquer ; c'est qu'il s'efforça d'en saisir les rapports, d'en déterminer les lois; enfin, qu'il sut en tirer des inductions plus ou moins fécondes, des généralisations, en un mot, toujours déduites de son large criticisme médical. Bien plus, il eut le grand art de trouver un principe général, et de fonder sur ce *criterium* une doctrine médicale tout entière. C'était un pas immense pour le succès ; aussi ce succès fut-il complet, à peu de chose près. L'exaltation juvénile des auditeurs de ses cours passa bientôt dans l'esprit d'un grand nombre de médecins livrés à l'exercice de l'art. Pourquoi s'en étonner ? Les médecins aiment, en général, les principes tout faits ; entraînés par l'apparence de la simplicité d'une doctrine, de la facilité des applica-

(1) Voyez son curieux ouvrage, *Médecine éclairée par l'observation et l'ouverture des corps*, Paris, 1804, 2 vol. in-8° : « Loin de chercher la cause des maladies, dit l'auteur, dans les organes qu'on présume devoir en être le siége, j'ai cherché à connaître tous les *désordres des organes* dans les maladies, etc. Ce travail demandait une volonté très-décidée, un courage inébranlable, et peut-être plus d'amour pour la vie des autres que pour la sienne. Avant de publier mes observations, j'ai fait plus de quatre cents ouvertures de corps ; beaucoup m'ont retenu pendant une journée, et aucune pendant moins de plusieurs heures. Les membranes muqueuses des intestins m'ont paru mériter une grande attention, et j'ai constamment observé celles de tous les organes de la digestion avec une application extrême : ce travail est horriblement dégoûtant ; mais il donnera un jour des fondements inébranlables à la médecine ». Ce passage est des plus remarquables, surtout en considérant la date.

tions pratiques, de la clarté des explications, ils s'attachent à une théorie, surtout quand elle a de l'éclat et cette sorte de consécration que le systématique dit avoir tirée des faits, de l'expérience des autres et de la sienne. Comme l'appréciation des faits dépend toujours de la hauteur où l'on se place, et que Broussais les avait considérés dans un vaste ensemble, on finit par tenir pour vérifié tout ce qu'il avait fait, pour certains et positifs les principes qui servaient de base à sa doctrine ; en sorte que les praticiens, plus conduits par les idées et les théories qu'ils ne le croient, s'empressèrent d'adopter la doctrine de l'irritation, et sa consécration immédiate, l'inflammation, comme cause initiale et fondamentale de la plupart des maladies. Toute objection leur parut même inopportune et peu fondée. On disait : la science marche, l'expérience prouve; à quoi bon désormais la controverse? La médecine fut donc bouleversée dans ses principes, la pratique lancée dans de nouvelles directions, et la matière médicale réduite à sa plus simple expression, l'emploi continuel des antiphlogistiques ; c'est-à-dire la diète, l'eau, la gomme et les sangsues. C'est ainsi que pendant près de quinze ans, à peu d'exceptions près, la médecine se fit en France; or, cette médecine paraissait si simple, si facile à comprendre, si aisée à pratiquer, que tout le monde s'en mêla, et les gardes-malades en furent même, parfois, les suprêmes exécutrices.

Toutefois, le déclin du *physiologisme* fut aussi et peut-être plus rapide que ne l'avaient été ses étonnants progrès. Un médecin, homme d'esprit, s'écria : « Il est temps de sortir de ce cercle borné d'irritations et d'antiphlogistiques dans lequel *les médecins semblent des aveugles conduits par des sangsues.* » Ce cri eut un immense écho. Cependant, ce ne furent pas les adversaires de Broussais qui lui portèrent les plus rudes coups. Puissant et hardi logicien, il avait toujours de vives et péremptoires réponses à leur opposer. Mais il ne put résister à un ennemi bien autrement formidable, dont la victoire décisive écrasa son système et le relégua à jamais dans le panthéon historico-médical. Cet ennemi, ce fut l'expérience : rigoureusement parlant, la doctrine de l'irritation fut tuée à coups de résultats contraires aux principes de cette même doctrine. Une pareille chute prouva deux choses importantes aux adeptes fervents de l'école du Val-de-Grâce : la première, que la théorie de leur maître n'avait pas sa force réelle dans son principe, mais dans la force de l'inventeur même du principe ; la seconde, qu'il fallait se résigner à regarder Broussais comme l'agitateur et non comme le restaurateur de la médecine. L'irrésistible logique amenait nécessairement cette conclusion, tout en rendant justice, sur certains points, à cet homme éminent. Broussais vit la fin du succès de sa doc-

trine avant sa mort ; la chute de son journal, Annales de la médecine physiologique, la solitude de l'amphithéâtre (1) où il professait dans les dernières années, l'indifférence du public pour ses ouvrages ne trouvant plus ni acheteurs ni lecteurs, les progrès des principes opposés aux siens, furent les symptômes annonçant l'état morbide du physiologisme. Broussais ne s'y méprit pas ; il essaya pourtant de se défendre : vieux lion fourbu, mais non encore sans énergie et depuis longtemps aguerri, il tâcha de ravitailler son système par de nouvelles interprétations des faits, par des sophismes apologétiques ; ce fut inutilement; le progrès, la raison et l'expérience avaient prononcé l'arrêt de déchéance.

Aujourd'hui pouvons-nous dire que le temps a confirmé cet arrêt ? Oui certainement, surtout quand il s'agit des principes formant la base et l'ensemble du système broussaisien. Qui est-ce qui croit maintenant que les maladies ne sont que les qualités constitutives en plus ou en moins de l'état physiologique, une pure et simple exagération de l'état normal ? Comment s'imaginer que les évocations *cadavériques* et les lésions organiques peuvent *seules* nous guider dans la connaissance et le traitement des maladies ? Qui est-ce qui pense aujourd'hui à cette dynastie d'*irritations*, de *surirritations*, de *subirritations*, d'*abirritations*, etc., si laborieusement établie par le fondateur du système ? Qui a foi dans ce principe, que toutes les maladies, à peu de chose près, sont uniquement, essentiellement des inflammations ; en sorte que la variole, la fièvre typhoïde, la syphilis, les fièvres intermittentes et même le choléra-morbus asiatique, etc., ont un caractère d'identité phlegmasique ? Qui est-ce qui s'imagine que la médecine pratique ne doit avoir d'autre but que d'employer les antiphlogistiques avec vigueur et ténacité ? enfin, que toutes les fièvres dites essentielles n'ont qu'une origine, la *gastrite* s'étendant dans tout le canal intestinal ? Personne assurément ne met aujourd'hui sa foi médicale dans la croyance de pareils dogmes. Le *gastritisme* notamment, sur lequel le chef de l'école du Val-de-Grâce a tant insisté, est tombé dans la plus complète défaveur. Broussais ne voyait partout que des gastrites, aujourd'hui on n'en trouve nulle part. C'est au point qu'un médecin, sous forme de plaisanterie, a proposé un prix au profit de celui qui lui ferait voir une gastrite bien caractérisée. Autant le physiologisme avait détruit la confiance dans les médicaments, autant il y a une réaction contraire ; peut-être même sur ce point a-t-on dépassé de sages limites ?

(1) Voir à ce sujet, nos *Etudes de l'homme dans l'état de santé et de maladie*, t. II, Galerie médicale, Broussais.

En revenant au vitalisme et quelque peu à l'humorisme, on étudie davantage les maladies dans leurs causes et l'ensemble de leurs symptômes, *concursu omnium*, comme l'a si bien dit Hippocrate. Le diagnostic a fait plus de progrès, quoique sans concorder mieux, au moins dans beaucoup de cas, avec les indications et les bases du traitement. Certains remèdes, et notamment les purgatifs, ne sont plus relégués dans la classe des médicaments proscrits comme irritants, et ainsi de beaucoup d'autres. On ne craint plus d'être classé parmi « ces gens qui n'ont pas d'entrailles pour le sens délicat de l'appareil digestif. » (Annales de la médecine physiologique, janvier 1831.)

Il ne faut pas croire pourtant que l'influence du système dont il s'agit ait tout à fait cessé en médecine; ce serait une grande et palpable erreur. A la vérité, comme j'en ai fait la remarque, l'ensemble de la théorie est rejeté, les dogmes principaux abandonnés, il n'y a plus d'illuminisme physiologique; mais, dans la pratique, il en est autrement. On reconnaît encore la forte, la vive empreinte de la doctrine de l'irritation, et certains médecins de nos jours sont plus broussaisiens qu'ils ne le croient eux-mêmes, tant est puissante l'impulsion donnée par un homme de génie, tant est vivace une idée présentée avec force, avec tout l'appareil de la vérité et le cachet de l'expérience. Qu'on l'observe bien, la médecine pratique subit encore en beaucoup de points les dernières entraves du physiologisme. Une première preuve, c'est que l'on continue, malgré de nombreuses déceptions, à chercher les bases de l'art dans l'anatomie pathologique; la médecine par l'inspection des cadavres a ses partisans, dont les illusions ne sont pas encore dissipées. Il est vrai que ce n'est plus avec la même ardeur qu'autrefois, où l'on espérait tant de choses de ce moyen d'investigation. On sait aujourd'hui que, dans un grand nombre de cas, les lésions organiques observées après la mort sont l'effet plutôt que la cause du mal qui a précédé; qu'il est souvent très-difficile de distinguer la lésion cause, de la lésion effet; bien plus, que la première étant bien constatée, les altérations des organes ne paraissent nullement en rapport avec les symptômes et la marche de la maladie. Cependant, quelques médecins continuent encore la méthode de Prost, si hautement proclamée par Broussais comme base du progrès médical. On consulte la mort, dit-on, pour nous révéler les secrets de la vie, les causes immédiates des maladies, etc. Nous sommes loin de nier que l'anatomie pathologique n'ait quelques avantages ; mais sa stérilité, quand il s'agit des grands principes de la médecine pratique, n'est que trop démontrée. Peut-être pourrait-on ajouter que les altérations de l'organe des organes, du sang en un mot, sont étrangères, et l'on peut dire

entièrement hors de ces recherches cadavériques ; ce point est capital et le deviendra de plus en plus.

On peut trouver une seconde preuve de l'objet de ces considérations dans le soin, l'attention, les efforts de beaucoup de praticiens pour localiser les maladies, pour en déterminer le siége organique. On ne saurait nier que ces recherches ont leur degré d'utilité dans une foule de cas, mais c'est là un point de vue pratique tout à fait restreint. La question fondamentale est de remonter, dans toute affection pathologique, à sa cause, autant qu'il est possible de la discerner, de la déterminer, pour la combattre avantageusement. Qu'on en soit bien convaincu, le *substratum* de la modification morbide remonte bien plus haut que l'organe qui souffre, à moins d'une affection traumatique. Très-souvent un organe n'est malade que parce que l'organisme entier est atteint, même dans les inflammations les plus manifestes, les mieux connues, serait-ce même la pneumonie. Les causes procathartiques, voilà surtout ce qu'il faut étudier, approfondir. Que vous servirait-il, pour citer des exemples connus et vulgaires, de combattre extérieurement des érysipèles qui reparaissent, des éruptions furonculeuses répétées, des dartres opiniâtres, beaucoup d'ophthalmies qui reconnaissent une cause interne et générale, la goutte attaquant non-seulement les articulations, mais l'économie entière, si vous n'étudiez pas cette économie tout entière? le siége de la maladie vous est parfaitement connu, et cependant ceci ne vous éclaire que bien faiblement. Or, ce qui vient d'être dit s'applique à la grande majorité des affections pathologiques. La maladie de l'organe n'est souvent que le reflet, que le contre-coup de l'état général. D'ailleurs, il n'est pas toujours facile de déterminer avec précision ce siége du mal si laborieusement cherché. Où est le siége organique des fièvres intermittentes, de l'hydrophobie, de l'hypocondrie, de la syphilis, du choléra-morbus asiatique, etc.

Reveillé-Parise.

(*La fin à un prochain numéro.*)

---

QUELQUES REMARQUES SUR LA SUBSTITUTION DES HUILES VÉGÉTALES ET ANIMALES, ET EN PARTICULIER DE L'HUILE IODÉE, A L'HUILE DE FOIE DE MORUE DANS LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE ; UN MOT SUR LA VALEUR DE L'HUILE DE PIEDS DE BOEUF.

C'est une tendance fâcheuse de notre époque, et dont les inconvénients se font sentir surtout en thérapeutique, que celle qui consiste, en présence d'un médicament donné, suffisamment connu et éprouvé, à rechercher quel est, des nombreux éléments qui le composent, celui auquel il doit son activité, pour le substituer immédiatement

au médicament primitif. Partisan, autant que d'autres, du progrès et de la simplification, il nous est impossible de ne pas faire remarquer que, même pour les médicaments dont le principe actif a été le mieux démontré et le mieux isolé, on ne remplace pas indifféremment le médicament tel que la nature nous le donne par celui que l'art nous fournit. Qui ne sait, par exemple, que le sulfate de quinine ne représente pas à beaucoup près toutes les propriétés du quinquina, et que là où le premier échoue, là où il n'a que des succès temporaires, le second peut réussir et terminer une cure que le premier n'a fait qu'ébaucher? A plus forte raison ne doit-on accepter qu'avec grande réserve cette intronisation d'agents nouveaux et encore non éprouvés, lorsque la substitution que l'on propose ne s'appuie que sur des idées théoriques assez vagues, sur des analyses chimiques incomplètes ou peu concluantes.

Ces réflexions nous sont suggérées par ce qui se passe en ce moment au sujet de l'huile de foie de morue et en particulier de son emploi dans la phthisie pulmonaire. Etrange destinée que celle de l'huile de foie de morue! Longtemps employée seulement par les pêcheurs de la Baltique, plus tard répandue seulement parmi les peuples du Nord, elle est arrivée en quelques années, grâce aux travaux nombreux qui en ont signalé les utiles applications, à l'emploi le plus général que jamais ait obtenu un médicament. D'abord rare, mal préparée et d'un prix élevé, elle n'a pas tardé à affluer sur nos marchés avec toutes les garanties d'une bonne préparation, et à descendre à un prix qui la met à la portée de toutes les fortunes. Que les chimistes aient fait avec soin l'analyse de cette huile, qu'ils aient cherché à en doser les divers éléments, qu'ils se soient demandé même auquel de ces nombreux éléments elle doit sa merveilleuse efficacité, rien de mieux; que des recherches scientifiques aient été entreprises avec chacun de ces éléments pour fixer la part qui leur revient dans l'action d'ensemble du médicament; que l'on se soit demandé, par exemple, si c'est comme huile et par les principes gras qu'elle contient, par les éléments carbonés qu'elle fournit à la respiration qu'elle agit principalement, ou s'il ne faudrait pas attribuer une partie de cette action à la présence de l'iode ou du phosphore qui entrent pour une faible proportion, à la vérité, dans sa composition, nous ne pouvons qu'applaudir à de pareilles recherches. Mais ce qu'il ne faut pas oublier, c'est qu'avant de transporter du domaine scientifique dans la pratique les conclusions auxquelles ces recherches ont pu aboutir, il faut qu'une expérience suffisamment prolongée ait prononcé en dernier ressort.

Nous n'entendons pas, qu'on en soit bien convaincu, engager l'avenir.

Il est possible que la chimie parvienne à nous donner la clef de l'action de l'huile de foie de morue dans telle ou telle maladie; on verra tout à l'heure, quand nous donnerons place aux intéressantes recherches de M. Thompson, que nous ne sommes nullement hostile à ce qui peut améliorer la face de la thérapeutique, surtout pour ce qui a trait aux maladies dont le traitement fait trop souvent le désespoir de la médecine; mais ce que nous ne saurions permettre, c'est que des inductions prématurées et peu concluantes, c'est surtout qu'un intérêt mercantile puisse jeter des doutes et de la défaveur sur un médicament dont l'acquisition est encore si récente. Est-ce bien en effet le moment de proposer des médicaments nouveaux pour remplacer l'huile de foie de morue, dans la phthisie pulmonaire par exemple, lorsque des médecins, des plus élevés par leur position et par leur talent, conservent encore des doutes sur son efficacité dans cette maladie, lorsqu'il reste encore tant à faire pour fixer les indications et les contre-indications de son emploi, lorsqu'il est encore si difficile de comprendre pourquoi elle échoue dans certains cas, tandis qu'elle réussit dans d'autres semblables en apparence?...

Si nous élevons la voix en ce moment, c'est que, à nos yeux, le journalisme médical a une double tâche à remplir. Initier les médecins à tout ce qui se présente de neuf et d'utile, leur fournir même, dans certains cas, l'indication de voies nouvelles à parcourir, telle est sans doute notre principale et notre plus habituelle mission; mais il en est une autre que nous nous garderions d'abdiquer, c'est celle d'éclairer le corps médical sur la valeur réelle, sur les avantages et les inconvénients des pratiques ou des médications que des mains intéressées cherchent à produire; c'est de leur épargner, par des avertissements donnés en temps utile, les déboires que ne manqueraient pas de leur causer l'adoption et la généralisation prématurée de ces pratiques ou de ces médications. Ce devoir, notre position en dehors de tout intérêt de coterie ou de clientèle, nous permet de le remplir avec impartialité, et nous n'y faillirons pas.

Pour connaître en général la valeur d'un médicament nouveau qui est préconisé avec ardeur, il est un *criterium* assez sûr, c'est d'attendre l'apparition d'un remède également nouveau vanté pour la même maladie. C'est merveille de voir alors avec quel ensemble, avec quel nombre de faits surtout on vous démontre le peu d'efficacité du premier. Si nous n'avons pas parlé, par exemple, plus tôt et plus souvent de l'iodure d'amidon, que l'on cherchait à faire entrer de gré ou de force dans le traitement de la phthisie, c'est que nous étions persuadé que ce médicament, aussi incertain dans sa composition qu'inefficace dans ses ré-

sultats, ne tarderait pas à trouver un rival et un maître dans un médicament nouveau. Ce que nous avions pensé est arrivé : l'huile iodée a vu le jour, et en peu de temps, grâce au patronage éminent sous lequel elle se présentait, grâce surtout à la publicité donnée à l'approbation académique, non-seulement elle a détrôné l'iodure d'amidon, mais elle est parvenue à se glisser dans la pratique et à s'imposer même aux médecins. C'est parce que nous voulons sauver à l'huile iodée, qui est à nos yeux une bonne préparation, mais, bien entendu, comme préparation iodique, le sort que vient d'avoir l'iodure d'amidon, c'est parce que nous sommes convaincu que l'huile iodée constitue un mode d'administration excellent de l'iode, que nous voulons examiner aujourd'hui à quel titre cette préparation prétendrait se substituer à l'huile de foie de morue, dans le traitement de la phthisie pulmonaire, par exemple.

Ce n'est pas sans surprise, pourquoi ne le dirions-nous pas, que nous avons lu, en effet, dans le rapport académique si largement livré à la publicité par l'inventeur ou les détenteurs de l'huile iodée, que l'huile de foie de morue devant son efficacité à l'iode qu'elle contient, l'huile iodée présente sur cette huile la supériorité de contenir cet agent thérapeutique parfaitement combiné et à dose connue. Mais où donc est la preuve que l'huile de foie de morue doit son activité à la présence de l'iode? N'est-il pas prouvé, au contraire, que ce métalloïde s'y trouve, ainsi que le phosphore, en quantité très-faible, de 2 à 4 dix-millièmes au plus, et plus faible même dans les espèces d'huiles que l'expérience a montrées le plus efficaces, telles que l'huile pâle, par exemple? Par quoi donc se recommande l'huile iodée? est-ce par le goût plus agréable? Mais son goût, ou plutôt son odeur, qui rappelle celle de la punaise, n'a rien qui puisse en faire un objet de choix. Est-elle mieux supportée? Nullement; comme toutes les préparations iodiques, elle ne tarde pas à déterminer des agacements d'estomac et, si l'on persévère, des nausées et même des vomissements. Son prix est-il moins élevé que celui de l'huile de foie de morue? En ce moment, il est le même. Reste donc, en dernière analyse, le point de vue clinique, les expériences faites avec ce médicament. Rappelons d'abord que ces expériences ont été faites sur un mauvais terrain, à l'hôpital du Midi, c'est-à-dire dans un hôpital de vénériens, et par conséquent sur des individus chez lesquels les préparations iodiques trouvent à chaque instant leur place. Mais les expériences qui ont été faites sont-elles même concluantes? Sur ce point, nous devons déclarer, nous qui les avons suivies, qu'elles n'ont été ni suffisamment nombreuses, ni suffisamment probantes. Nous ajouterons que, reprises au Val-de-Grâce

par un médecin distingué, M. Champouillon, et parallèlement à celles faites avec l'huile de foie de morue, ces expériences ont eu un résultat complétement négatif. « J'ai fait prendre l'iodure de fer ou l'huile iodée, dit ce médecin, à 84 malades atteints de tuberculisation pulmonaire à toutes les périodes, et non-seulement je n'ai observé aucune amélioration qui pût être attribuée à ces deux agents, mais j'ai souvent constaté en outre que ces médicaments, administrés même avec circonspection, excitent la toux et une salivation désagréable, irritent les organes digestifs et provoquent soit le vomissement, soit la diarrhée. » Concluons donc, avec M. Champouillion, que dans l'état actuel des choses, c'est une prétention insoutenable que de vouloir remplacer dans le traitement de la phthisie l'huile de foie de morue par l'huile iodée, et que, jusqu'à preuve du contraire, nous devons regarder l'huile de foie de morue comme devant ses propriétés, non pas à un principe, mais à l'ensemble des principes qui la constituent.

Cela ne nous empêchera pas, cependant, de mettre sous les yeux de nos lecteurs quelques recherches publiées dans ces derniers temps par un des médecins de l'hôpital des phthisiques de Londres, M. Thompson, et qui, en même temps qu'elles confirment ce que nous venons de dire de l'insuffisance de l'huile iodée et iodurée, semblent ouvrir un nouvel horizon à l'emploi de certaines huiles animales, et en particulier de l'huile de pieds de bœuf.

Comme à beaucoup d'autres, l'idée est venue à M. Thompson que l'huile de foie de morue n'agissait peut-être qu'en tant que corps oléagineux et, ainsi que nous le disions plus haut, par les matériaux carbonés qu'elle fournit à la respiration. M. Thompson a donc fait quelques expériences, d'abord avec des huiles végétales, additionnées ou non d'iode et de phosphore, puis avec des huiles animales.

Les huiles végétales n'ont nullement répondu à son attente. Après avoir administré à un assez grand nombre de phthisiques l'huile d'olive et l'huile d'amandes douces, il a été obligé d'y renoncer. L'huile d'olive déterminait souvent des nausées, et sans que cet inconvénient fût racheté par une augmentation marquée de l'embonpoint ou par toute autre modification favorable dans les symptômes. Mieux supportée par l'estomac, l'huile d'amandes douces n'a pas eu d'effets plus marqués et plus favorables sur la marche de la phthisie. Il en a été de même lorsqu'il a additionné cette huile d'une certaine quantité d'iode ou d'un peu de bile de bœuf. L'addition d'une petite quantité de phosphore à l'huile d'amandes douces (5 centigrammes pour 500 grammes) lui a paru un peu plus favorable, et dans un cas dans lequel l'huile de foie de morue avait échoué, un malade a vu son pouls se ralentir et son embonpoint

augmenter ; mais cette amélioration n'a été que temporaire, de sorte que, même en admettant que le phosphore puisse avoir une certaine utilité dans le traitement de la phthisie, il reste véritablement à en préciser les indications.

L'huile de foie de morue est si souvent falsifiée par d'autres huiles de poisson, et en particulier par l'huile de baleine, que M. Thompson devait tout naturellement songer à l'emploi de cette dernière. Trois malades atteints de phthisie pulmonaire ont été traités par lui avec ce moyen, l'un au premier degré, les deux autres au troisième de cette maladie, et, sous l'influence de ce traitement, les deux derniers ont éprouvé une amélioration très-sensible : le premier a gagné 4 livres 3/4 en poids en moins d'un mois, l'autre 2 livres en dix-sept jours. Mais c'est surtout l'huile de pieds de bœuf qui a donné à ce médecin des résultats bien dignes d'être connus. Dans la première moitié de l'année 1849, dit-il, j'avais soumis à ce traitement quatorze phthisiques. Sur ce nombre, trois en ont obtenu les avantages les plus marqués, la maladie s'est arrêtée; quatre ont été un peu soulagés, cinq n'en ont rien retiré, et deux ont vu leur état s'aggraver rapidement. Dans le travail que nous avons sous les yeux, M. Thompson a présenté un résumé de sept nouvelles observations, deux de phthisie au premier degré, deux de cette même maladie au deuxième degré, une au troisième degré et une douteuse. Chez tous ces malades, excepté celui qui fait l'objet de la dernière observation et dans un cas au deuxième degré, il y a eu une modification des plus marquées et qui s'est traduite surtout par une augmentation de l'embonpoint. Deux de ces malades ont gagné 7 livres, l'un en 45 jours, l'autre en deux mois; deux autres ont gagné, l'un 4 liv. 3/4 en trente-huit jours, l'autre 3 liv. 3/4 en trois mois; un cinquième n'a gagné que 1 livre en un mois. Pour édifier complétement nos lecteurs relativement à ces résultats remarquables obtenus par M. Thompson avec l'huile de pieds de bœuf, nous lui emprunterons textuellement l'observation suivante, d'autant plus remarquable que, avec une autre du même genre, elle est un exemple du succès de l'huile de pieds de bœuf dans un cas où l'huile de foie de morue avait complétement échoué :

J. K..., tailleur, âgé de trente-quatre ans, garçon, d'une forte constitution, d'une taille moyenne, au teint brun, entra à l'infirmerie le 20 novembre 1849. A Londres depuis quinze ans, il couchait dans un étroit cabinet, et travaillait dans un atelier resserré, avec quarante ou soixante autres ouvriers ; chaque soir il se sentait faible et même défaillant; aussi prenait-il de temps en temps des boissons fortes, qui avaient troublé son appétit. Depuis trois ans il était sans ouvrage

pendant les mois d'hiver ; il avait eu la syphilis et une gonorrhée. Son frère était mort dernièrement dans le même hôpital ; il avait perdu sa sœur, à l'âge de seize ans, de phthisie pulmonaire, et sa mère, très-probablement de la même maladie, à l'âge de trente-six ans.

A son entrée, il présentait les symptômes suivants : respiration abdominale, avec soulèvement en dehors de la partie inférieure de la poitrine ; peu de mobilité de la partie supérieure. Au sommet du poumon gauche, bruit d'expiration égal au bruit d'inspiration. Matité dans tout le côté droit. Voix amphorique au-dessus du mamelon, respiration amphorique au-dessous. OEdème considérable des jambes. Sueurs nocturnes ; expectoration d'une pinte environ dans les vingt-quatre heures. Pas d'hémoptysie. Quatre ans auparavant, il pesait 131 livres ; mais depuis cette époque il avait beaucoup maigri, surtout depuis quelques mois. Traitement : régime ordinaire, avec des œufs et une ample ration de lait ; huile de foie de morue à l'intérieur et à l'extérieur. Pour calmer la toux, des vésicatoires furent appliqués sur la poitrine, et le malade prit successivement de l'acide hydrocyanique, de la teinture d'aconit, et plus tard de la morphine avec de l'acide gallique, pour tâcher de calmer les transpirations. L'acétate de potasse et la décoction de genêt furent prescrits à cause de l'œdème.

Un mois après, le 29 décembre, le malade était encore dans l'impossibilité de quitter son lit. Comme les symptômes s'aggravaient et que la faiblesse faisait des progrès, M. Thomson se décida à essayer chez lui l'huile de pieds de bœuf, ainsi combinée :

| | | |
|---|---|---|
| Pr. | Huile de pieds de bœuf................ | 60 grammes. |
| | Solution de potasse.................. | 4 grammes. |
| | Eau de menthe poivrée............... | 180 grammes. |

30 grammes de ce mélange, trois fois par jour.

Sous l'influence de ce traitement, le pouls qui, le 29 décembre, était encore à 100, s'améliora peu à peu ; le 9 janvier, il était à 84, plus plein ; le 4 février, à 80. Ce jour-là, il se trouva assez bien et assez fort pour descendre les escaliers et se faire peser ; il pesait 103 livres. Le malade gagna rapidement en poids : car le 13 février, il pesait 104, le 1er mars 104 1/2, le 16 mars, 105 3/4, le 16 avril, 107 1/2. L'acide tannique, à la dose de 0,15, dans une infusion de cascarille, donné trois fois par jour à cette époque, eut d'assez bons résultats ; l'expectoration se réduisit peu à peu de moitié. La respiration s'améliora dans le côté gauche, et le souffle amphorique remplaça le gargouillement qu'on entendait auparavant à droite. Vers la troisième semaine du mois d'avril, il quittait l'hôpital dans un état si favorable qu'il put reprendre son travail.

Maintenant, veut-on savoir à quelles conclusions a été conduit M. Thompson? Voici comment s'exprime ce médecin : « 1° Il n'y a d'autre différence, entre les diverses variétés d'huile de poisson et celle de foie de morue, que dans leur goût plus ou moins agréable et la facilité plus ou moins grande avec laquelle elles sont supportées par l'estomac; leur action thérapeutique est la même. 2° L'huile de pieds de bœuf, malgré sa composition analogue, et bien qu'elle modifie probablement le sang de la même manière, n'est pas cependant tout à fait semblable à l'huile de foie de morue, au moins pour son aptitude thérapeutique ; elle paraît être assimilée plus facilement par certains estomacs, et doit donc être considérée plutôt comme un succédané que comme un équivalent de cette huile. 3° Toutes les fois que l'huile de foie de morue a échoué, il est très-probable que l'huile de baleine sera aussi sans résultat, mais l'insuccès de l'huile de foie de morue n'est pas une preuve que l'huile de pieds de bœuf échouera à son tour. Le prix peu élevé de cette huile permettrait d'ailleurs de l'employer largement à l'extérieur. (Cette dernière particularité n'est pas aussi vraie en France qu'en Angleterre, par suite de la consommation moindre de la race bovine dans notre pays.) 4° Enfin, ces deux huiles peuvent être avantageusement substituées l'une à l'autre, et bien que, dans le plus grand nombre des cas, l'huile de foie de morue soit plus certaine dans les effets, il n'en est pas moins vrai que l'huile de pieds de bœuf est susceptible de fournir une addition utile à nos ressources thérapeutiques, principalement dans le traitement de la phthisie pulmonaire. »

Telles sont les conclusions de M. Thompson. On comprend qu'en l'absence de toute expérimentation personnelle, il nous soit impossible d'apprécier à leur juste valeur les résultats annoncés par ce médecin ; mais, tout en jugeant ces expériences dignes d'être répétées, tout en faisant des vœux pour qu'elles ajoutent quelque chose à la facilité et à la sûreté de nos moyens de traitement contre une maladie aussi terrible et aussi rebelle que la phthisie pulmonaire, nous répéterons, en terminant, ce que nous avons dit plus haut de l'impossibilité de transporter d'emblée dans le domaine pratique des conclusions non suffisamment établies, surtout lorsqu'elles ont pour résultat de jeter du discrédit et de la défaveur sur un médicament utile et éprouvé. Continuons donc à employer l'huile de foie de morue dans le traitement de la phthisie pulmonaire ; cherchons à faire disparaître les incertitudes qui pèsent encore sur son emploi et sur ses indications, et attendons patiemment que des investigations nouvelles, que nous appelons de tous nos vœux, soient venues nous apprendre ce que nous devons penser de ces additions récentes à la matière médicale.

# THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

### CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES EFFETS GÉNÉRAUX DE L'IODE ABSORBÉ PAR LES SURFACES EXTERNES.

Dans un Mémoire adressé récemment à l'Académie des sciences sur l'absorption et les effets généraux de l'iode employé dans les pansements et les opérations chirurgicales, M. le professeur Bonnet (de Lyon), se fondant sur les résultats qu'il avait obtenus, a traité cet important sujet au point de vue de la physiologie thérapeutique. Témoin assidu des intéressantes expériences cliniques de ce savant chirurgien, je vais à mon tour compléter le travail de M. Bonnet, en traitant la question pratique, et faire connaître les observations que j'ai pu recueillir dans son service sur les effets thérapeutiques de l'iode absorbé par les surfaces externes. Rappelons tout d'abord les conclusions de M. le professeur Bonnet.

On sait que l'iode et l'iodure de potassium, introduits dans les voies digestives, pénètrent dans la circulation, modifient l'économie tout entière, et sont éliminés par diverses voies d'excrétion. Quelques expériences récentes ont démontré que les mêmes phénomènes d'absorption et d'élimination peuvent être obtenus par la respiration des vapeurs d'iode ou par celle de l'éther iodhydrique.

Cependant la propriété d'absorber l'iode, reconnue aux muqueuses digestives et pulmonaires, est généralement refusée aux autres parties du corps. Suivant les expérimentateurs, lorsqu'on applique cette substance à la surface d'un ulcère ou qu'on l'introduit dans la cavité d'une séreuse, elle se borne à modifier les tissus avec lesquels elle est en contact; elle ne pénètre point dans le sang et ne modifie point l'ensemble de la constitution.

En niant ainsi l'absorption de l'iode à la surface des ulcères ou des cavités closes, les auteurs émettent une assertion contraire à toutes les lois universellement admises sur les propriétés absorbantes des tissus vivants. Leur opinion devait donc être soumise à un examen expérimental. C'est ce qu'a fait M. Bonnet, en recherchant l'iode dans les produits excrétés et spécialement dans les urines et la salive, lorsqu'il avait servi à des pansements ou à des injections. Il lui a été facile alors de constater que les réactifs en décelaient la présence dans les urines, dans la salive, les larmes et la sueur, et qu'il y pénétrait aussi facilement et en aussi grande abondance que lorsqu'on l'introduit dans les voies digestives.

De ce fait que l'iode, localement appliqué, pénètre dans le sang en

quantité souvent considérable, à l'idée que l'économie tout entière devait être modifiée par de simples pansements, il n'y avait qu'un pas. L'observation n'a pas tardé à confirmer cette présomption : elle a montré à M. Bonnet qu'à l'aide de précautions spéciales, les pansements iodiques excitaient momentanément toute l'économie, et développaient, à la longue, l'appétit et les forces aussi sûrement, et peut-être avec plus de promptitude et d'évidence, que les boissons qui contiennent de l'iode ou de l'iodure de potassium.

M. Bonnet a consacré la première partie de son Mémoire à l'étude de ces deux ordres de faits ; il ne s'agit pas, comme on le voit, d'une nouvelle méthode dans l'emploi des iodiques, mais d'une appréciation plus complète des effets que produisent les opérations et les pansements connus, et d'un élément nouveau pour établir les règles à suivre dans l'emploi de ces agents thérapeutiques.

La possibilité d'agir sur toute l'économie, lorsqu'on peut faire absorber l'iode par des solutions de continuité naturelles, l'avantage d'éviter dans ces cas toute fatigue des voies digestives, devaient naturellement conduire M. Bonnet à rechercher si l'on ne pourrait pas obtenir les mêmes résultats lorsque la peau est intacte. La question ainsi posée, la méthode endermique en offrait la solution naturelle. Il suffisait, pour imprégner d'iode l'économie, de déposer celui-ci, chaque jour et pendant un certain temps, sur la peau dépouillée d'épiderme, ou à la surface d'une plaie produite artificiellement ; de cette manière ce corps a pu être constamment trouvé, quelques heures après son application sur des vésicatoires, ou des cautères et des moxas, dans les urines, où sa présence en grande quantité a pu être constatée, à chaque instant du jour, pendant toute la durée de pansements quotidiens. Son influence sur les parties éloignées du siége de l'absorption a été rendue surtout évidente par la guérison d'ophthalmies scrofuleuses rebelles, qui n'ont été soumises à aucun autre traitement local ou général.

En même temps que M. Bonnet étudiait les effets généraux de l'absorption de l'iode à la surface des vésicatoires ou des cautères et des moxas, il s'est appliqué à en tirer parti pour la résolution des engorgements locaux.

Les résultats obtenus doivent varier, et ont varié en effet, suivant le genre de préparations mis en usage. C'est la pommade d'iode ioduré du Codex qui semble, à M. Bonnet, le mieux assurer l'absorption.

Enfin, la possibilité de suivre l'iode dans ses migrations à travers l'économie, a conduit M. Bonnet à en tirer parti pour éclairer quelques questions relatives aux propriétés absorbantes des diverses es-

pèces de solution de continuité, au choix des préparations médicamenteuses les plus actives, et à l'interprétation du mode suivant lequel les médicaments agissent en général. C'est ainsi, par exemple, qu'il a étendu les applications de la méthode endermique à la plupart des substances résolutives, telles que le chlorhydrate d'ammoniaque, le nitrate de potasse, et la ciguë, etc.

Telle est, en peu de mots, l'analyse du travail de M. Bonnet.

Quant à nous, dans l'exposition des faits qui vont suivre, nous allons adopter la même marche que M. Bonnet, c'est-à-dire que, divisant notre sujet en trois parties, nous ferons connaître, dans la première, les faits relatifs aux phénomènes généraux obtenus par l'administration de l'iode par des surfaces naturelles; dans la seconde, ceux relatifs à l'absorption de l'iode par des surfaces artificielles, en un mot, par la méthode endermique; dans la troisième enfin, nous classerons tous les faits qui ont trait à l'absorption locale de l'iode, comme méthode résolutive.

### I. *Faits relatifs aux phénomènes généraux obtenus par l'administration de l'iode par des surfaces naturelles, telles que des ulcères et des abcès*, etc.

Chez des sujets scrofuleux, atteints d'ulcères assez étendus et qu'aucun traitement local ou général n'avait amendés, M. Bonnet a obtenu, par le pansement de ces plaies avec la pommade iodée iodurée du Codex, des résultats locaux et généraux tellement avantageux, qu'il est bon de les faire connaître, afin de montrer toute l'utilité de ces pansements, dont les chirurgiens ont jusqu'ici ignoré les vertus pour modifier l'ensemble de l'économie.

Obs. I. *Lupus scrofuleux envahissant tout le bord libre du nez, la sous-cloison et une partie de la lèvre supérieure: pansement avec la pommade iodée; absorption de l'iode; résultat local et général de cette médication des plus satisfaisants.* — En prenant le service de la clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 15 novembre 1851, M. Bonnet trouva, au nº 19 de la salle Sainte-Anne, une jeune fille de quinze ans, nommée Anne Charbonnière, atteinte d'une affection scrofuleuse, dont voici les antécédents et les caractères :

Cette jeune fille, qui avait eu, à plusieurs reprises, des glandes engorgées au cou et dans plusieurs autres parties du corps, offrait un ulcère scrofuleux qui, après avoir envahi tout le bord libre du nez, ainsi que la sous-cloison, s'était propagé à la lèvre supérieure, surtout du côté droit, et avait enfin fini par atteindre la lèvre inférieure dans une assez grande étendue. Ces parties, ainsi ulcérées, se couvraient de croûtes jaunâtres de mauvaise nature, qui laissaient à nu, aussitôt qu'elles tombaient, des plaies blafardes, saignant facilement, et profondément excavées, surtout vers le lobule droit du nez. Ce lupus scrofuleux avait débuté, huit mois

auparavant, sans cause occasionnelle connue. Traité localement par des cautérisations avec le nitrate acide de mercure, le chlorure d'or, et, à l'intérieur, par les dépuratifs de toute espèce associés au sirop d'iodure de fer, cet ulcère, loin de diminuer, s'étendait chaque jour de plus en plus; la santé en avait subi de profondes atteintes. Cette jeune fille était devenue maigre, ne mangeait presque plus depuis quelques jours, et se trouvait dans un état de langueur très-prononcé.

Après avoir suspendu tout traitement général et avoir fait tomber toutes les croûtes, M. Bonnet appliqua, le 17 novembre, dans le but de changer la nature fongueuse de cet ulcère, une couche de pâte de chlorure de zinc sur les points les plus malades, c'est-à-dire sur la racine de l'aile du nez, du côté droit, et sur une partie de la lèvre inférieure. Ce caustique ne fut laissé en place que trois heures. Dès que l'escarre qu'il produisit fut tombée neuf jours environ après, on pansa, matin et soir, cet ulcère avec de la pommade iodée étendue sur de la charpie, dans le but de modifier, par ce moyen, l'ensemble de l'économie, tout en accélérant la cicatrisation de la plaie.

Tels furent les résultats primitifs de cette application d'iode :

1° Localement, elle produisit, pendant les cinq ou six premiers jours, une douleur extrêmement cuisante, qui devint, à partir du huitième, très-supportable.

2° Généralement elle donna lieu à l'absorption de l'iode et à des phénomènes de surexcitation générale.

L'absorption de l'iode fut constatée dès le premier jour et pendant toute la durée du traitement ; on trouva, en effet, ce métalloïde, chaque matin, dans les urines, à l'aide du réactif (amidon et liqueur de Labarraque).

Les phénomènes de surexcitation générale, indiquant la pénétration de l'iode dans toute l'économie, furent les suivants : les cinq premiers jours, la malade fut très-agitée ; elle eut de la fièvre, de l'insomnie ; son pouls devint accéléré et vif, sa face congestionnée, etc.

Les applications de pommade d'iode ioduré furent le seul traitement employé pour combattre ce lupus ; tous les autres remèdes, tels que le sirop d'iodure de fer, avaient été suspendus ; car, administrés pendant quatre mois, ils avaient plutôt détruit qu'amélioré la santé.

Les résultats consécutifs de ce traitement furent des plus satisfaisants : la malade reprit l'appétit, ses forces s'accrurent, son teint devint plus rosé et les digestions beaucoup plus faciles. Quant au lupus, il se cicatrisa chaque jour de plus en plus ; il disparut en premier lieu du nez, ne laissant qu'une légère cicatrice du côté de l'aile droite et de la lèvre inférieure ; et le 27 janvier, jour du départ de la malade, c'est-à-dire deux mois et demi après le début de ce traitement, il ne lui restait plus qu'une cicatrice tout au pourtour de l'aile droite du nez et de la commissure droite des lèvres.

L'observation qu'on vient de lire témoigne d'une manière positive des heureux résultats qu'on peut obtenir en faisant absorber l'iode par des surfaces naturelles, c'est-à-dire par des plaies.

En effet, chez cette jeune fille, on avait inutilement employé pour la guérir : à l'intérieur les antiscrofuleux, tels que l'iodure de fer, et à l'extérieur des cautérisations, dans le but de cicatriser la plaie du

nez qui envahissait chaque jour de plus en plus les parties latérales de cet organe et la commissure des lèvres; tout était resté infructueux. M. Bonnet fait appliquer l'iode en pansement sur les plaies, et peu de jours après, une amélioration des plus marquées se manifeste. Non-seulement les plaies se cicatrisent, mais la santé générale est modifiée en bien par l'absorption de l'iode ainsi administré, cette jeune fille reprend l'appétit, ses digestions deviennent plus faciles, et son teint se couvre d'une coloration rosée qu'el e avait perdue depuis longtemps.

Nous allons maintenant citer une autre observation, où des résultats locaux et généraux obtenus par cette méthode de traitement ont été des plus satisfaisants.

Obs. II. *Ulcères scrofuleux situés à la partie inférieure de la cuisse droite; pansement avec la pommade iodée; absorption de l'iode; modification avantageuse de la santé, et résultat local très-satisfaisant.* — Au numéro 14 de la salle Saint-Philippe, se trouvait, le 19 novembre 1851, le nommé Devie, âgé de quinze ans, dont voici la maladie :

Ce jeune homme, d'une constitution éminemment scrofuleuse, offrait deux vastes ulcères fongueux, saignant au moindre contact, situés sur les parties latérales du jarret droit, immédiatement au-dessus de l'articulation tibio-fémorale. La plaie, du côté externe, était très-étendue, puisqu'elle occupait une surface de la largeur de la paume de la main. Il s'en écoulait un liquide sanieux en assez grande abondance. L'extrémité inférieure du fémur comprise entre ces deux ulcères avait augmenté de volume, et un stylet introduit dans des trajets fistuleux permettait de constater, sinon une altération ou une carie de l'os, du moins un épaississement considérable du périoste devenu fongueux et boursouflé.

La jambe s'était fléchie à angle presque droit sur la cuisse et ne pouvait être redressée; les mouvements de l'article étaient bornés; aussi le malade ne pouvait-il marcher qu'à l'aide d'une béquille, et encore avec difficulté.

Non-seulement l'affection scrofuleuse avait produit les lésions matérielles que nous venons d'indiquer, mais elle avait donné naissance à de petits ulcères qui se trouvaient disséminés en forme de chapelet sur les parties latérales de la face, autour du cou ; ses yeux étaient larmoyants, et ses paupières le siége d'une blépharite chronique de même nature que les ulcères ci-dessus mentionnés; ses chairs étaient molles, flasques; sa figure pâle, boursouflée; son appétit très-médiocre et ses digestions difficiles. L'usage des antiscrofuleux, tels que la gentiane, l'huile de foie de morue, ne lui avait fait éprouver aucune amélioration; ils avaient fini par lui faire perdre le peu d'appétit qu'il possédait. Ses ulcères, pansés tantôt avec des bandelettes, tantôt avec de l'onguent rosat, restaient stationnaires; ils se couvraient de croûtes qui se succédaient continuellement.

Le 19 novembre 1851, M. Bonnet suspendit tout traitement local et général, et résolut de tenter la guérison de ce jeune homme par des applications locales d'iode.

On se contenta d'appliquer un linge sec sur les petits ulcères de la face, et l'on plaça sur les ulcères du jarret environ 25 centigrammes d'iode pur, en suivant le procédé de M. Goin (de Saint-Alban).

L'effet primitif local et général de cette application d'iode fut une douleur extrêmement vive et cuisante, au point d'arracher des cris au malade, et une excitation des plaies qui devinrent moins fongueuses et moins saignantes. L'absorption de l'iode eut lieu, et elle donna lieu à une fièvre de réaction, produite par l'action de ce médicament sur toute l'économie.

Cette absorption de l'iode fut constatée dans les urines dès les premiers jours, et pendant toute la durée du traitement, par le réactif (amidon et liqueur de Labarraque). Les symptômes occasionnés par cette absorption furent les suivants : les huit premiers jours, fièvre extrêmement forte, malaise, insomnie, face congestionnée, transpiration abondante.

Le 29 novembre, on substitua à l'administration de l'iode, d'après le procédé de M. Goin, les applications de pommade d'iode iodurée, qui produisirent les mêmes résultats d'absorption, sans donner lieu à une aussi forte douleur locale.

Ces applications locales furent faites aux plaies du jarret. On trouva bientôt l'iode dans la salive, les sueurs; les phénomènes primitifs, tels que la douleur locale et la fièvre de réaction, produits par l'absorption de l'iode, disparurent peu à peu quinze jours après le début de ce traitement, c'est-à-dire le 6 décembre. Les applications d'iode, faites matin et soir, n'occasionnaient plus qu'une douleur passagère, mais donnaient toujours lieu à l'absorption de ce médicament.

Les résultats obtenus par cette médication furent les suivants :

Résultat général : l'estomac reprit ses fonctions, l'appétit devint plus vif et les digestions plus faciles; la face se colora, les forces revinrent et les chairs acquirent un état de fermeté plus considérable.

Résultat local : les plaies du jarret se rétrécirent peu à peu, leur aspect devint plus vif, et leur surface ne donna plus lieu au moindre écoulement sanguin; le fémur diminua de volume, la jambe s'étendit sur la cuisse et les mouvements de l'article furent bien moins gênés. Les plaies de la face, sur lesquelles on n'avait fait aucune application, se cicatrisèrent, preuve évidente de l'absorption de l'iode.

Cet état d'amélioration fut sans cesse en augmentant. Dès le 15 décembre, on injecta directement la pommade iodée dans les trajets fistuleux qui, des plaies du jarret, allaient jusqu'au fémur; on pansa les plaies du cou avec la même pommade, et, au commencement de février, époque où le malade quitta l'hôpital, on constata ce qui suit :

Les plaies du jarret étaient en partie cicatrisées; les mouvements de l'articulation du genou étaient revenus en grande partie; le malade marchait avec facilité et sans béquille; il avait bon appétit, digérait bien, et se sentait assez de force pour pouvoir se promener pendant deux heures; les plaies de la face étaient cicatrisées à moitié.

Cette observation est aussi concluante que la première, car chez ce jeune homme, l'état local et l'état général ont été singulièrement amendés par des applications d'iode sur des plaies naturelles.

Voilà donc deux faits qui méritaient d'être relatés comme venant à l'appui des idées que M. Bonnet a émises dans son Mémoire ; mais ce ne sont pas les seuls cas que nous ayons pu observer dans cet ordre

d'idées; nous allons voir maintenant que les injections iodées faites dans les abcès par congestion agissent sur l'économie tout entière, et sont suivies d'une résorption telle que l'iode est éliminé pendant plusieurs jours.

Obs. III. *Abcès par congestion, faisant saillie au pli de l'aine; sept ponctions et aspirations sous-cutanées du pus, d'après la méthode de M. Jules Guérin, et, immédiatement après, injection iodée laissée à demeure. Absorption de l'iode retrouvé dans la salive et les urines; ouverture spontanée de l'abcès, non suivie de décomposition putride. Résultat très-avantageux.* — Un jeune homme d'une vingtaine d'années se présenta à la clinique chirurgicale de M. Bonnet, le 15 décembre 1851; il était atteint d'un abcès par congestion, qui faisait saillie au pli de l'aine gauche, et qui était la conséquence d'une affection tuberculeuse de la douzième vertèbre dorsale. Doué d'un tempérament scrofuleux, ce jeune homme n'avait pas cependant une constitution délabrée; il était assez fort, assez robuste; son appétit était assez bon et ses digestions étaient faciles. Après avoir bien établi son diagnostic sur des signes qu'il est inutile de reproduire ici, M. Bonnet résolut de traiter cet abcès par congestion, en combinant la méthode de M. Jules Guérin avec celle de M. le docteur Boinet, c'est-à-dire en faisant la ponction et l'aspiration sous-cutanées du pus, et en injectant ensuite dans la cavité de l'abcès une certaine quantité de teinture d'iode.

Le 20 décembre 1851, M. Bonnet, après avoir recommandé à des aides de presser sur la paroi antérieure du ventre, de haut en bas, afin de faire saillir davantage le pus au pli de l'aine, plongea un trocart, muni d'un robinet, dans la partie la plus déclive de l'abcès, en prenant la précaution de lui faire décrire, au-dessous de la peau, un trajet de 8 centimètres, avant d'atteindre la paroi de la collection purulente. Dès que l'instrument fut parvenu dans l'abcès, il adapta à son extrémité externe la seringue de M. Jules Guérin, avec laquelle il aspira 35 centilitres de pus jaunâtre, sans odeur et homogène. Dès que l'abcès fut vidé, il substitua à la seringue à aspiration une seringue ordinaire, au moyen de laquelle il poussa une injection de 60 grammes de teinture d'iode. Le trocart fut enlevé, et l'injection ayant été laissée dans le foyer purulent, on appliqua sur l'ouverture extérieure une bandelette enduite de collodion. La douleur occasionnée par cette opération ne fut pas très-forte.

Les résultats de cette injection iodée furent les suivants :

Localement, elle ne produisit pas de phénomènes réellement inflammatoires du côté de l'abcès, puisque la pression n'y provoquait pas de la douleur. Généralement, on constata, tous les matins, pendant les quatre jours qui suivirent, la présence de l'iode dans les urines, à l'aide du réactif (amidon et liqueur de la Barraque). L'iodure d'amidon produit par ce réactif était, le premier jour, d'une coloration bleu foncé, qui s'est graduellement affaiblie jusqu'à sa disparition complète; pendant même les quarante-huit à soixante-douze premières heures, ce réactif a décelé la présence de l'iode dans la salive. Les phénomènes de surexcitation générale, produits par la pénétration de l'iode dans toute l'économie, furent les suivants : pendant les trois premiers jours, le malade fut très-agité; il y eut de l'insomnie, un malaise général et une fièvre assez forte.

Le 28 décembre, nouvelle ponction et aspiration de 45 centilitres de

pus roussâtre; nouvelle injection de 40 grammes de teinture d'iode; constatation de l'iode dans les urines pendant six jours; fièvre pendant trois jours; point de phénomènes inflammatoires du côté de l'abcès.

Le 7 janvier 1852, l'abcès s'étant reproduit, on retire 37 centilitres d'un pus se rapprochant de celui des abcès par congestion, et on pratique une troisième injection iodée, comme précédemment, de 60 grammes de teinture d'iode. Les mêmes phénomènes généraux se manifestent; l'absorption de l'iode est toujours évidente pendant sept jours, la fièvre de réaction n'est cependant pas si forte.

Le 20 janvier, la tumeur a notablement diminué de volume. On fait encore une nouvelle aspiration de 30 centilitres de pus, et une nouvelle injection qui est suivie des mêmes phénomènes généraux; la fièvre ne dure seulement que deux jours, et l'absorption de l'iode sept. Point de phénomènes inflammatoires locaux apparents. On a fait successivement, les 27 janvier et 7 février, une cinquième et une sixième injection iodée, qui amènent des résultats identiques à ceux que nous avons déjà fait connaître. Toutefois, une salivation très-abondante se manifesta après la cinquième; elle persista trois jours. On trouva dans la salive l'iode en grande quantité.

Enfin, le 17 février, une septième opération est pratiquée. Comme la tumeur a sensiblement diminué, on ne peut aspirer qu'une très-petite quantité d'un pus roussâtre; le lendemain même de l'opération, il survient une inflammation violente dans l'abcès, qui s'ouvre de lui-même deux jours après. Le pus se fait jour au dehors, sans que la santé du malade soit influencée en mal par cette ouverture spontanée; on agrandit l'ouverture de cet abcès par une cautérisation avec le chlorure de zinc; le pus s'écoule librement au dehors, sans donner lieu à aucun accident de résorption purulente. On injecte chaque matin de la pommade iodée dans le foyer purulent, et, au commencement de mars, le malade quitte l'hôpital, pour se rendre chez lui, dans un état satisfaisant. L'abcès suppurait toujours, mais en petite quantité, et la santé générale était fort bonne.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre, car elle nous montre une heureuse combinaison de la méthode de traitement de M. Jules Guérin avec celle de M. Boinet. En effet, l'aspiration sous-cutanée du pus, suivie d'une injection iodée, a pu être répétée sept fois, à dix jours d'intervalle, sans que l'abcès se soit fait jour au dehors. De plus, lorsqu'après la septième, l'abcès s'est spontanément ouvert, cette ouverture, qui entraîne avec elle des accidents si redoutables de résorption, s'est accomplie sans amener de perturbation funeste dans la santé du malade; les injections iodées ont, sans aucun doute, puissamment contribué à amener cet heureux résultat.

A la suite de la première injection, l'iode a été reconnu dans les urines pendant quatre jours; les autres injections ont été suivies du même phénomène pendant six à sept jours; l'iodure d'amidon produit par les réactifs a été reconnu dans la salive pendant les quarante-huit à soixante-douze premières heures, et dans les urines il a eu pen-

dant le même temps une intensité et une persistance qui se sont graduellement affaiblies jusqu'à sa disparition complète. Les phénomènes de surexcitation générale indiquant la pénétration de l'iode dans l'économie ont été aussi très-marqués chez notre malade. Ce fait prouve donc par suite combien étaient erronée l'opinion universellement admise, que l'iode n'est pas absorbé après les injections dont ce métalloïde est la base.

Il résulte des faits que je viens de faire connaître que l'iode appliqué sur des plaies, ou dans l'intérieur des abcès, agit d'une manière des plus avantageuses sur l'état local et sur la constitution, qu'il modifie de la manière la plus heureuse; en effet, chez les deux premiers malades, on l'a vu hâter la cicatrisation des plaies, et puissamment améliorer leur état général en introduisant par ce moyen, dans l'économie tout entière, de l'iode en quantité beaucoup plus forte que si l'on se fût contenté d'administrer ce médicament par l'estomac. De plus, ce mode d'administration de l'iode offre des résultats précieux; car, loin de déranger les voies digestives, comme cela arrive si souvent lorsqu'on le donne en suivant les procédés ordinaires, ce médicament active alors l'appétit, rend les digestions plus faciles, et peut être donné aux malades pendant un temps très-long, deux ou trois mois. Chez celui qui était atteint d'abcès par congestion, tout en améliorant sa santé qui, du reste, n'était pas délabrée, l'iode laissé à demeure dans la cavité purulente a prévenu ces accidents de résorption putride qui surviennent lors de leur ouverture spontanée.

Si maintenant, se fondant sur les observations que je viens de citer, on peut espérer que dans des circonstances analogues on pourra améliorer la santé de plusieurs sujets scrofuleux, peut-on compter, dans tous les cas donnés, sur des résultats identiques? Il est infiniment probable que si les sujets présentent de vastes plaies, on pourra se trouver bien de l'iode ainsi administré; mais si l'on a affaire à des malades qui ne présentent que de très-petites plaies, l'absorption de l'iode n'étant pas assez forte pour modifier l'ensemble de la constitution, on n'obtiendra alors que des effets locaux, et non une amélioration de la santé. Ces réflexions nous viennent de l'observation de plusieurs malades, qui offraient de petites plaies scrofuleuses, que M. Bonnet faisait panser avec la pommade iodée, et chez lesquels il n'obtint aucun bon résultat général; évidemment, dans ces cas, l'absorption du médicament était trop faible, ce que démontrait d'ailleurs le réactif versé dans les urines.

Puisque nous venons de faire connaître les résultats avantageux de l'absorption de l'iode par des surfaces naturelles, telles que des plaies,

il est nécessaire de présenter quelques considérations générales, qui assurent le succès de cette médication.

Les conditions nécessaires pour obtenir de bons effets généraux des applications d'iode à la surface des plaies, c'est de répéter matin et soir les pansements, et d'avoir des plaies assez étendues, comme je viens de le dire un peu plus haut.

Pour s'assurer ensuite si l'absorption est suffisante, on doit recourir chaque matin au procédé qui indique la présence de l'iode dans les excrétions et surtout les urines. Lorsqu'on veut opérer sur les urines, on fait uriner chaque matin le malade dans un verre, dans lequel on se contente de verser ensuite quelques gouttes d'une solution d'amidon et d'une solution d'hypochlorite de soude, ou liqueur de Labarraque. Lorsqu'un iodure est contenu dans l'urine, une couleur bleue plus ou moins intense apparaît immédiatement après que le chlore a dégagé l'iode de sa combinaison. Non seulement on peut, à l'aide de ce réactif, constater l'existence d'un iodure, mais il permet de juger approximativement quelle en est la proportion. Quand celle-ci est très-faible, la teinte bleue est légère et disparaît de suite. Une proportion un peu plus forte se manifeste par un bleu plus intense, et par une persistance qui varie de quelques secondes à quelques minutes. Enfin, dans des cas exceptionnels, le bleu se rapproche du noir et l'iodure d'amidon conserve, malgré l'action de l'urine qui tend à le décolorer, la couleur qui lui est propre pendant un temps qui peut aller jusqu'à un quart d'heure.

On a vu que tous les malades dont nous avons cité l'observation ont éprouvé, pendant les premiers jours de ce traitement, de la fièvre et une très-grande agitation. Chez quelques-uns il est survenu des sueurs abondantes, de l'insomnie pendant les premières nuits. L'iode appliqué sur les plaies a produit aussi localement des douleurs très-vives au début. Ces deux circonstances, la fièvre de réaction qui indique que le médicament absorbé agit sur toute l'économie, et la douleur locale, sont indispensables pour assurer le succès d'une pareille médication; quand elles manquent, on peut à coup sûr prédire d'avance que le traitement sera insuffisant.

De toutes les préparations iodées, c'est la pommade d'iode ioduré du Codex qui semble le mieux assurer l'absorption. L'iode en vapeur, suivant le procédé de M. Goin, réussit aussi très-bien, mais il provoque des douleurs beaucoup plus vives. Il n'en est pas de même de la teinture d'iode : si l'absorption de celle-ci est évidente lorsqu'on la laisse à demeure dans les cavités closes, et elle est incertaine à la surface des vésicatoires ; elle est presque inappréciable sur les ulcères...

*(La fin à un prochain numéro.)* R. Philippeaux.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### SUR LA SIMPLIFICATION EXTRÊME DANS L'ART DE FORMULER.

Certes, nous trouvons beaucoup à redire dans l'art de formuler de nos devanciers ; aussi désirons-nous que l'on cherche à donner à cette partie de la thérapeutique toute la simplicité que comportent nos connaissances actuelles en matière médicale. Mais, on le sait, « l'excès en tout est un défaut. » C'est cependant le résultat auquel mène infailliblement l'esprit de système.

Dans l'antiquité et au moyen âge, on associait, dans la même préparation, les uns aux autres un grand nombre de médicaments, parce que, d'une part, la maladie, étant supposée complexe, devait attaquer plusieurs organes, et que chaque affection et chaque organe paraissait exiger un remède particulier ; parce que, d'autre part, un médicament donné, pour avoir une action complète, semblait avoir besoin d'adjuvants ou d'auxiliaires plus ou moins nombreux. Dans cet ordre d'idées, on arrivait à cette conséquence, qu'en rassemblant dans une même composition le plus grand nombre de substances possible, on arrivait infailliblement à atteindre dans le corps humain une maladie quelconque, et dans quelque organe qu'elle fût logée. C'est en effet le but que semblent s'être proposé les anciens médecins dans la confection de leurs plus fameux électuaires.

Broussais est venu, et son système n'admettait plus qu'une demi-douzaine de médicaments antiphlogistiques. Peu s'en est fallu que l'axiome, *modus unus in omnibus morbis*, ne passât dans la matière médicale. De leur côté, les homœopathes, ne voyant sans doute dans les maladies que des cas bien déterminés, nettement circonscrits, n'admettent que des médicaments simples.

L'idée de n'employer que des médicaments simples, question nosologique à part, est assurément très-rationnelle. Mais, quand on réfléchit que de prétendus médicaments simples contiennent un grand nombre de substances, témoin le quinquina qui en renferme au moins une dizaine ; quand on voit les agents les plus puissants ne pas toujours produire l'effet qu'on en attend lorsqu'ils sont employés isolément, et au contraire atteindre le but lorsqu'on les associe à d'autres ; quand, enfin, on considère que l'association des médicaments paraît être une loi de la nature qui, à côté d'un principe énergique, en a toujours placé d'autres pour tempérer son action, méthode que la pratique journalière ne fait en quelque sorte qu'imiter, on peut assurer qu'il est convenable de ne pas pousser cette simplification trop loin.

Les résultats que nous venons de rappeler ont été amenés par l'esprit de système, et la saine pratique a fait justice des uns et des autres. Mais, quel nom donner à la manière de faire de quelques médecins, pratique que nous venons combattre aujourd'hui? Est-ce de l'irréflexion, de l'ignorance, de l'économie sordide, du savoir-faire, de la pharmacophobie? Ce qui nous semble démontré, c'est qu'on ne peut la décorer du nom de système, car on n'y aperçoit aucune donnée philosophique.

Expliquons nous :

Des praticiens entendent ainsi l'art de formuler : ont-ils à prescrire un médicament actif, ils font une ordonnance pour le faire obtenir chez le pharmacien, et ils indiquent verbalement aux malades eux-mêmes, ou aux personnes qui les entourent, la manière de le disposer. Du kermès, de l'extrait d'opium, ils indiquent de les mettre dans une tisane; de l'huile de croton, encore dans une tisane; des cantharides, de les étendre, toujours par le malade, sur du levain; de l'iodure de potassium, du sulfate de zinc, de les faire dissoudre dans de l'eau; du calomel, de l'incorporer dans de la graisse, dans du miel, etc., etc.

D'autres donnent aux malades les indications nécessaires pour confectionner eux-mêmes de véritables préparations pharmaceutiques : oochs, potions, opiats, sirops, onguents, dont ceux-ci sont obligés d'aller puiser les éléments à diverses sources.

D'autres indiquent à leurs clients les maisons où ils trouveront les médicaments au rabais.

D'autres enfin simplifient l'art de formuler au point de ne pas faire de formule. Ils disent de vive voix aux malades d'aller chercher chez le pharmacien du laudanum, de l'émétique, du sirop diacode, de la belladone, quantité *ad libitum.*

Il ne nous sera pas difficile de démontrer les défauts, les dangers de pareilles simplifications dans l'art de formuler.

Les praticiens qui font disposer les médicaments actifs par leurs malades y ont-ils bien songé? S'ils oublient, et cela certainement leur arrive souvent, de recommander d'agiter la boisson kermétisée au moment de la prendre; si les malades eux-mêmes oublient cette recommandation, parce qu'ils ne verront point une étiquette qui le leur rappelle incessamment, ne peut-il s'ensuivre des aggravations pathologiques? L'huile de croton, prise simplement dans une boisson, ne peut-elle déterminer des accidents graves? D'un autre côté, si le malade, ne se rappelant pas le mode d'emploi, au lieu de diluer l'opium dans une tisane, de mettre les cantharides en épithème, avale ces substances telles quelles!... Avec quel soin, au contraire, les praticiens

expérimentés, et ce sont aussi les plus appelés, ne dosent-ils pas les excipients, n'en indiquent-ils pas les usages pour suspendre, ou diviser, envelopper en potions, émulsions, pilules, dragées, etc., ces substances actives ! L'autre manière de procéder n'est-elle pas tout au moins de la pharmacologie à *vue d'œil?*

C est, nous voulons le croire, dans un but d'économie, bien plus souvent que dans celui de gagner les bonnes grâces de leurs clients, que des médecins font connaître les moyens d'exécuter les préparations pharmaceutiques, indiquent les maisons où l'on vend à meilleur marché. Ce n'est que par négligence qu'ils omettent de formuler les médicaments actifs.

Toutes ces pratiques ont aussi leurs inconvénients. Elles transforment les médecins en commèrcs; les malades s'en trouvent mal, parce que, d'un côté, les préparations pharmaceutiques (il est entendu que nous ne comprenons pas ici les tisanes) faites au logis ne peuvent être faites comme chez l'homme de l'art, et parce que, cela fût-il, elles n'ont pas le même relief, ne sont pas prises avec la même exactitude, la même confiance.

Il en est des médicaments au rabais comme de toute autre chose : on peut avoir des craintes relativement à la qualité et à la quantité. Les vendeurs de drogues au rabais sont aux pharmaciens ce que les rebouteurs sont aux médecins ; on va à eux sous prétexte d'un meilleur marché, mais finalement on paye plus cher, si même on n'y compromet sa santé.

Le médecin qui prescrit verbalement expose ses malades à des perplexités, à des dangers, ou tout au moins à des courses ennuyeuses par suite du refus de livrer de la part des pharmaciens. Il ne faut point traiter la médecine en chose de fantaisie.

Est-ce par pharmacophobie que quelques-uns entendent ainsi l'art de formuler? A notre époque, où l'étude de la pharmacie repose sur des sciences certaines, cela n'est pas possible. Si Guy-Patin, atteint de ce mal, prêchait l'abstention de la formule pour réduire les pharmaciens à la portion congrue; s'il recommandait, à ce point de vue, à ses collègues de n'employer, autant que possible, comme purgatif, que le sirop de roses pâles, certes il n'aurait jamais fait employer, à la manière que nous venons de dire, les cantharides, l'huile de croton, et surtout le kermès.

Assurément, personne ne songe à rallumer la guerre entreprise contre les pharmaciens par le célèbre auteur des Lettres; il a trop complétement perdu son procès. En effet, les pharmaciens, ainsi que l'antimoine et le quinquina qu'il décria également si fort, ont survécu

à ses sarcasmes et peuvent même servir à démontrer qu'un jugement droit n'est pas le compagnon obligé d'un esprit fin et ingénieux. Quel praticien de bon sens demanderait aujourd'hui l'abolition de la pharmacie, et le rejet de la matière médicale de l'émétique, du kermès et du sulfate de quinine ! C'était donc une guerre systématique, et l'on sait les aberrations où l'esprit de système peut conduire. D'ailleurs, si Guy-Patin était un spirituel écrivain, personne ne le prend pour un grand médecin.

Bien que, suivant nous, il doive y avoir une médecine du riche et une médecine du pauvre, nous ne prêchons, en aucun cas, les somptuosités pharmaceutiques. Si nous disons : purgez l'artisan avec 30 grammes de sulfate de magnésie, et l'homme aisé avec une bouteille d'eau de Sedlitz, parce que chacun des deux malades y trouvera son compte, en raison de ses habitudes et de ses moyens, nous ne disons point de prescrire la gazéification de l'eau à l'aide de la craie de perles. En thérapeutique, les choses doivent être faites convenablement, dignement ; les petits moyens de savoir-faire discréditent et la médecine et le médecin.

Que si c'est par scepticisme à l'endroit des médicaments que certains médecins en usent ainsi, qu'ils n'en ordonnent aucun ; au moins, de la sorte, ils ne compromettront ni la vie, ni la bourse de leurs malades. Mais, plus honorablement encore, qu'ils ne restent pas médecins, car ils ne peuvent croire sérieusement à leur ministère.

Dorvault.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

### RÉTRÉCISSEMENT DU LARYNX D'ORIGINE PRÉSUMÉE VÉNÉRIENNE, SPASME DE LA GLOTTE, ET ASPHYXIE IMMINENTE : HEUREUX EMPLOI DU CHLOROFORME.

Catherine B..., aujourd'hui âgée de vingt-neuf ans, est née d'une mère syphilitique, qui lui a communiqué le vice constitutionnel dont elle était infectée. Elle a subi à plusieurs reprises un traitement méthodique par les mercuriaux dans un hospice spécial. J'ignore quels furent les symptômes présentés alors par cette jeune fille. A l'époque où je la vis pour la première fois, il y a de cela une dizaine d'années, il ne restait aucune trace de la maladie ; la constitution était robuste et saine, à l'exception d'une affection du larynx caractérisée par les signes propres aux rétrécissements de cet organe, et qui se compli-

quait de temps à autre d'accès de suffocation. Cette affection était-elle due à quelque tumeur, à quelque végétation d'origine vénérienne? Je suis porté à le croire, quoique je n'aie pu rien obtenir de précis à cet égard, et que Catherine B... rapportât le développement de l'affection laryngée à une époque postérieure à celle où on la traitait pour la syphilis.

Quoi qu'il en soit, les moyens tour à tour employés contre elle (sangsues, vésicatoires, frictions stibiées, séton, vomitifs, mercuriaux, iodures, etc.) n'eurent qu'un demi-succès, les signes du rétrécissement persistant; toutefois les accès devinrent de plus en plus rares, et je n'avais pas eu occasion depuis plus d'un an de soigner cette jeune fille pour cette circonstance, lorsqu'elle me fit appeler le 14 avril dernier pour un spasme violent de la glotte, lequel, au lieu de s'établir par degrés, comme cela arrivait précédemment, s'était développé subitement avec l'intensité redoutable que je lui voyais, et sans cause occasionnelle connue : inspiration sifflante et très-bruyante ; expiration râlante et non moins pénible que l'inspiration (contrairement à ce qui se passe dans l'œdème de la glotte) ; un peu d'enrouement rauque, sans aphonie ; déglutition facile ; murmure respiratoire faible ; peu ou pas de toux. L'inspection de l'arrière-gorge ne fait rien découvrir. Le visage est fortement injecté, les yeux saillants ; la bouche est ouverte pour laisser pénétrer l'air, mais la langue reste derrière l'arcade dentaire. Pouls petit, fréquent ; peau fraîche. L'anxiété est extrême, l'asphyxie semble imminente. Cette situation douloureuse persistait depuis une demi-heure lorsque j'arrivai. On s'était borné à envelopper les genoux de sinapismes. J'en fis appliquer un autre autour du cou, et j'administrai une potion contenant 20 gouttes d'ammoniaque liquide ; des affusions froides sur la tête ; je touchai la membrane du palais avec un pinceau trempé dans l'ammoniaque, suivant la méthode de M. Rayer. Enfin, ces moyens restant impuissants, j'approchai du nez une compresse sur laquelle j'avais répandu 2 grammes environ de chloroforme pur. En quelques minutes la respiration se ralentit, les râles laryngés se turent, et la malade s'endormit, sans symptômes d'excitation préalable (si ce n'est quelques secousses de toux provoquées par l'odeur du chloroforme), d'un sommeil paisible, dont elle sortit au bout d'une heure, débarrassée de sa dyspnée, et ne faisant plus entendre d'autre bruit que celui qui lui est habituel, et qui indique le passage de l'air à travers la glotte rétrécie.

Il est permis de penser que le puissant anesthésique qui m'a si bien réussi dans ce cas n'aurait pas une efficacité moindre dans les affections convulsives (tétanos, hystérie, hydrophobie, chorée), contre

lesquelles le docteur Marshall-Hall (après M. Hughe-Ley) a conseillé récemment une opération sanglante, toujours délicate, la trachéotomie:

Dr Saucerotte père,
Médecin en chef de l'hôpital de Lunéville.

## BIBLIOGRAPHIE.

*Traité d'anatomie pathologique générale,* par M. J. Cruveilhier, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, etc., t. I et II; chez J.-B. Baillière.

L'anatomie pathologique, comme tous les grands ordres de faits scientifiques, n'a été constituée d'une manière régulière qu'après des luttes, des contestations, et après des oscillations dans l'opinion publique médicale, qui en ont alternativement fait exagérer ou déprécier outre mesure la véritable valeur. Embrassée avec ardeur dans les premières années de ce siècle, alors que, épuisée et presque découragée par les luttes stériles des systèmes, toute une génération médicale semblait n'attendre plus que de ses progrès l'avenir et la rénovation de la médecine, l'anatomie pathologique a été cultivée, par les plus hautes intelligences comme par les plus humbles travailleurs, avec un zèle des plus louables, sans doute, mais qui a failli devenir funeste, par son excès même, à la médecine pratique et à la thérapeutique. On a pu craindre, en effet, à une certaine époque, que l'anatomie pathologique ne fît oublier la médecine, comme on l'a dit de la philosophie pour une autre école. Mais grâce aux bonnes traditions cliniques et à l'excellente habitude, dont on ne s'est jamais départi en France, de faire concourir parallèlement au même but l'exploration cadavérique et l'observation, en les contrôlant réciproquement l'une par l'autre; grâce surtout à la sage direction qui a été imprimée chez nous à l'étude de l'anatomie pathologique par l'éminent professeur chargé de son enseignement, l'écueil qu'on a pu redouter un instant a été prudemment évité; et l'anatomie pathologique, à laquelle on ne songe plus aujourd'hui à demander les éléments d'une systématisation générale de la médecine, réduite aux proportions d'un moyen de détermination du siége, des causes matérielles et de la nature organique des lésions locales, peut et devra, dans ces limites, rendre les plus grands services à la médecine, sans risquer désormais de la faire dévier de la voie expérimentale, seule capable, avec son utile concours, de la conduire à un progrès sage et continu, c'est-à-dire au véritable progrès.

Nous constatons avec plaisir cette disposition générale des esprits en ce qui concerne le rôle de l'anatomie pathologique; et c'est avec

un juste sentiment de reconnaissance que nous nous plaisons à attribuer la plus large part de cette heureuse transformation à l'auteur de l'ouvrage dont nous venons d'inscrire le titre en tête de ces lignes. M. Cruveilhier, à qui l'anatomie pathologique doit tant déjà par ses savantes recherches et par le retentissement de son enseignement toujours marqué au coin de l'application pratique, M. Cruveilhier aura surtout à nos yeux le mérite d'avoir parfaitement défini et circonscrit dans ses véritables limites le but et la portée de l'anatomie pathologique. Un court résumé des considérations générales placées en tête du premier volume, et quelques citations que nous leur emprunterons çà et là, justifieront cette appréciation aux yeux de nos lecteurs.

« L'anatomie pathologique qui circonscrirait sa mission, dit M. Cruveilhier, dans l'étude, aussi profonde qu'on la suppose, des lésions matérielles de l'organisation considérées en elles-mêmes, indépendamment des maladies, au point de vue purement scientifique, pourrait tout au plus intéresser la curiosité à la manière des objets d'histoire naturelle ; mais l'anatomie pathologique vraiment utile est celle qui rattache à l'observation clinique, et par conséquent à la pratique, les notions qu'elle a acquises sur l'organisation morbide pour en déduire des moyens de diagnostic, de pronostic et de traitement. Sous ce rapport, un traité d'anatomie pathologique ayant pour objet l'étude des espèces morbides dans leurs rapports avec les maladies proprement dites, c'est-à-dire avec leurs causes, leurs symptômes, leur marche, leurs terminaisons et leur traitement, serait un traité de médecine pratique ou de clinique, dont la première partie se ferait à l'amphithéâtre et la deuxième au lit du malade. » Tel est en effet le but final de l'anatomie pathologique générale, celui qu'a eu spécialement en vue M. Cruveilhier dans cet ouvrage.

Nous n'essayerons pas de signaler ici avec M. Cruveilhier les connexions nombreuses de l'anatomie pathologique avec l'anatomie normale, avec l'anatomie générale, avec la physiologie, la médecine légale, avec la pathologie externe et la pathologie interne, bien que ce soit là l'objet principal de ces considérations générales. Nous nous bornerons à énoncer quelques-unes des propositions de philosophie médicale qui dominent l'étude de ces connexions.

Entre les deux doctrines opposées et exclusives qui, depuis des siècles, se sont partagé le monde médical, le vitalisme et l'organicisme, l'une accordant tout ou presque tout à la force vitale, et considérant les organes comme un substratum presque indifférent, l'autre accordant tout à l'organisation et rejetant la force vitale comme une abstraction

inutile, M. Cruveilhier prend une position mixte, qui est la seule conforme à la vérité et aux intérêts bien entendus de la médecine. « La vérité, dit ce savant professeur, n'est point dans le vitalisme pur, qui rend compte d'un certain nombre de faits, mais pour lequel les faits d'anatomie pathologique sont lettre close ; elle n'est pas non plus dans l'organicisme pur, qui rend également compte d'un certain nombre de phénomènes, mais pour lequel les faits du vitalisme sont aussi lettre close : elle est dans une sage combinaison des deux doctrines, dans l'*organo vitalisme*, qui étudie des organes vivants, actifs, irritables, réagissants, harmonisés, solidaires, concourant tous à une même fin. »

Ainsi se concilieraient, en effet, ces deux doctrines, entre lesquelles il y a plus de malentendu que d'opposition réelle, et qui ne diffèrent aussi radicalement l'une de l'autre que parce qu'elles se placent sur un terrain différent, et que chacune d'elles envisage les mêmes faits sous l'un de leurs principaux points de vue exclusivement. En effet, dans toute maladie à réaction fébrile ou générale, il y a deux ordres de phénomènes auxquels correspondent deux ordres de diagnostic, deux ordres d'indications et deux ordres de thérapeutique : le diagnostic et la thérapeutique de l'état local ; le diagnostic et la thérapeutique de l'état général. C'est à savoir déterminer quel est celui de ces deux ordres de diagnostic qui a le plus d'importance au point de vue pratique, celui des deux ordres d'indications qui conduit le plus directement à la connaissance des agents ou des modifications à employer ; c'est enfin à savoir distinguer, suivant les circonstances, quels sont, dans ces deux ordres de phénomènes, ceux qui priment et ceux qui sont subordonnés, que doivent tendre tous les efforts du praticien qui, cherchant à s'éclairer à toutes les sources de lumières, demande à l'anatomie pathologique comme aux symptômes les *éléments d'indication*, but ultime de toutes les branches de la médecine.

Nous n'essayerons pas de donner une analyse de ces deux premiers volumes du Traité d'anatomie pathologique générale, tâche beaucoup trop longue et beaucoup trop spéciale d'ailleurs pour nous. Il nous suffira d'avoir indiqué l'esprit général dans lequel cet ouvrage a été conçu, pour inspirer à nos lecteurs le désir d'en méditer plus à loisir les savantes pages.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

*Grossesse présumée extra-utérine abdominale. — Accouchement naturel à terme.* Il est, dans la pratique de la médecine, de ces en-

semblés de circonstances susceptibles de tromper et de faire illusion au point que, pour se défendre d'une erreur grave, terrible même dans ses conséquences, il ne suffit pas, souvent, d'être familiarisé avec les problèmes les plus difficiles de notre art, il faut aussi posséder ce tact exquis, cette expérience profonde dont quelques hommes seuls ont le précieux privilége. Certes, ne pas reconnaître en temps utile une maladie qui débute, peut avoir pour le malade des conséquences des plus fâcheuses ; confondre une affection avec une autre, lorsque des circonstances anormales en déguisent la nature et le caractère, peut compromettre gravement et la vie du malade, et même la réputation du médecin ; mais quel retentissement plus terrible, quelles conséquences plus effrayantes que celles que pourrait avoir une opération grave pratiquée pour une affection dont la nature ne serait pas parfaitement établie, et dont le résultat funeste viendrait éclairer trop tard l'opérateur sur l'erreur qu'il aurait commise ! Un fait qui vient de se passer dans un des hôpitaux de Paris et dont la Société de chirurgie a été saisie, à plusieurs reprises, tant par la communication qui en a été faite par le savant chirurgien qui l'avait entre les mains, que par une commission nommée *ad hoc*, et par un mémoire spécial publié sur ce sujet par un auditeur assidu, devenu plus tard membre de la Société des chirurgie, enfin par un savant rapport de l'une de nos illustration obstétricales ; un fait véritablement extraordinaire, mais qui, nous de vons le dire tout d'abord, n'a pas eu les conséquences fâcheuses qu'une intervention trop hâtive de l'art lui eût certainement données, confirme pleinement les quelques réflexions qui précèdent.

Une femme de vingt-neuf ans, Bodard (Rose), fruitière, entra à l'hospice Beaujon le 18 avril, dans le service de M. Huguier, pour une tumeur regardée par son médecin comme un kyste du foie, et pour laquelle un vésicatoire avait été appliqué quinze jours auparavant, dans le but de déterminer la résolution de ce kyste ou de l'engorgement. En examinant cette femme, M. Huguier, qui a pour principe de ne pas regarder comme complet un examen qui ne comprend pas celui des parties génitales, fut frappé de la couleur violacée de la vulve et du vagin ; il dit à cette femme : vous êtes enceinte. Veuve depuis six à sept ans, elle se défendit d'abord, puis finit par avouer que, cinq ou six mois auparavant, elle avait été prise de force par des individus qui la rencontrèrent le soir. Mais si la teinte du vagin témoignait de la grossesse, c'était une grossesse assez étrange ; en effet, indépendamment de ce que la tumeur abdominale était située au-dessous du foie, plus développée dans sa partie ombilicale que dans celle qui se prolongeait dans la fosse iliaque droite, plus transversalement que de

haut en bas, au point que la main, pressant sur l'abdomen, pouvait aller atteindre l'angle sacro-vertébral, le toucher vaginal ne permettait pas de reconnaître le corps de l'utérus, et l'orifice du col se sentait à gauche, placé fort au-dessus et derrière le pubis. En revanche, derrière le vagin, et à droite, on sentait un corps anguleux, qui donnait la sensation d'un coude ou d'un talon ; le toucher rectal donnait la même sensation, mais avec une plus grande certitude encore. Répété plusieurs fois, l'examen de cette femme donna toujours le même résultat, et le pied ou le coude, senti sur la partie latérale droite du vagin, ne se déplaçait pas. Il n'en était pas tout à fait de même de la partie du corps de l'enfant, située dans la partie supérieure de l'abdomen, et dans laquelle on put reconnaître, non sans difficulté cependant, quelques mouvements. Du reste, l'enfant était vivant, car les bruits du cœur étaient des plus faciles à saisir.

C'était le moment où M. Desprez venait de communiquer à la Société de chirurgie un cas de mort survenue dans une grossesse abdominale, chez une femme qui avait été traitée aussi par M. Huguier, et chez laquelle ce chirurgien avait parfaitement reconnu la nature de la grossesse. M. Huguier fit part alors à la Société du fait étrange qu'il venait d'observer, et réclama les lumières de ses collègues. Une commission fut nommée, composée de MM. Danyau, Robert, Maisonneuve et Lenoir, qui examina la malade, et, tout en se prononçant en faveur d'une grossesse extra utérine, s'éleva néanmoins contre la pensée d'une opération quelconque, si ce n'est peut-être au moment du travail. M. Danyau conservait cependant quelques doutes, et, dans une des séances suivantes, après avoir examiné, avec M. le professeur Dubois, cette malade, il fut plus explicite encore contre l'opération, qui avait trouvé, il faut l'avouer, beaucoup de partisans parmi les membres de la Société, et qui avait même été recommandée, comme la seule ressource, par le jeune chirurgien auquel nous faisions allusion, il n'y a qu'un instant. En même temps, M. Danyau développa les motifs sur lesquels M. Dubois s'était appuyé. M. Danyau avait dit que l'absence du col au centre du bassin l'empêchait de se prononcer. M. Dubois fit remarquer, au contraire, que l'absence du col lui permettait d'expliquer les accidents. Il se pouvait, disait-il, que, de même que l'on voit souvent la paroi antérieure de l'utérus se déprimer et loger dans une espèce de bas-fond une partie du corps de l'enfant, ce fût la paroi postérieure qui se fût laissé distendre et amincir dans une partie de son étendue, de sorte qu'un membre de l'enfant serait emprisonné réellement dans une espèce de cul-de-sac.

Quoi qu'il en soit, et bien que plusieurs des membres de la Société

conservassent leur opinion relativement à la nécessité d'intervenir, le savant rapport de M. Danyau, sur le mémoire dont il a été parlé plus haut, établit si clairement le peu de chances que présentait une intervention active, comparativement à l'expectation, que toute idée d'opération fut ajournée, sauf à y avoir recours au moment du travail. Enfin, le 1er juillet, les douleurs s'établirent dans la matinée. M. Huguier songea à l'opération ; il fit prévenir quelques-uns de ses confrères, et en particulier M. le professeur Roux et M. Danyau. Rendez-vous fut pris pour trois heures de l'après-midi. Tout était prêt, lorsque, avant de faire porter la malade à l'amphithéâtre, M. Roux eut l'idée de la toucher ; il annonça qu'il sentait quelque chose. M. Huguier toucha à son tour et parvint à reconnaître la tête de l'enfant engagée dans l'orifice. Le travail marcha rapidement ; une heure après, cette femme était délivrée d'un enfant, qui ne vécut que deux heures. Le lendemain de l'accouchement le toucher fut pratiqué; on ne sentait pas davantage le corps de l'utérus, et le col restait fixé dans le point élevé où il était pendant la grossesse, ce qui semble indiquer quelque anomalie dans la forme de l'organe gestateur. Depuis, quelques symptômes de métrite sans gravité se sont manifestés; mais, ce qui est digne d'être noté, c'est qu'après le douzième jour, le retrait de l'utérus n'est pas à beaucoup près complet. Aujourd'hui, 13 juillet, son état continue néanmoins à être satisfaisant.

On frémit en songeant aux conséquences qu'eût pu avoir l'hystérotomie vaginale, et à plus forte raison l'opération césarienne à laquelle s'étaient arrêtés naturellement, comme à la pratique la mieux indiquée, les partisans de l'intervention de l'art. *Et nunc erudimini...*

---

# RÉPERTOIRE MÉDICAL.

**ANGINE TONSILLAIRE AIGUE** (*Cautérisation avec le nitrate d'argent comme moyen abortif de l'*). Un mémoire récent de M. Herpin est venu rappeler l'attention sur ce mode de traitement, si efficace, de l'angine tonsillaire aiguë ; mais ce dont on a vraiment lieu d'être surpris, c'est qu'un médecin aussi instruit ait cru en être l'auteur. Chose plus curieuse encore, c'est que plusieurs personnes ont réclamé, à leur tour, comme leur propriété, ce traitement de l'amygdalite aiguë, qui est certainement très-ancien, et qui se trouve surtout consigné dans les ouvrages des élèves de M. Bretonneau, et dont nous-mêmes nous avons parlé à diverses reprises (t. XXVII et XXVIII). Quoi qu'il en soit, il est bon de remettre sous les yeux des médecins les effets de ce traitement abortif de l'amygdalite, trop peu connu et trop peu employé certainement.

Pour que ce traitement réussisse, il faut surtout qu'il soit employé dans les premières vingt-quatre heures de l'invasion de l'angine ; dans ces circonstances, il suffit souvent d'une seule application pour enrayer le mal. Plus tard on réussit encore, mais il est nécessaire de revenir plusieurs fois aux cautérisations ; aussi les personnes sujettes aux récidives et qui ont éprouvé déjà

les heureux effets de la cautérisation, averties de l'utilité qu'il y a de s'y prendre de bonne heure, ne perdent-elles pas de temps et se félicitent-elles de plus en plus de voir s'évanouir, en quelques heures, une indisposition qu'elles ont appris à redouter. Si l'on n'arrive qu'au second jour, il faut presque toujours cautériser deux fois, à un jour d'intervalle; rarement on est obligé d'y revenir un jour de plus; mais trois cautérisations sont fréquemment nécessaires quand le médecin n'est demandé que le troisième jour. Cependant, dans ce dernier cas même, dit M. Herpin, l'inflammation cesse de faire des progrès dès la première opération, et un soulagement très-notable succède à la seconde. Il ne faut jamais laisser s'écouler plus de vingt-quatre heures entre deux cautérisations, sous peine de voir se perdre le fruit de la première.

Quelques détails sur le procédé à employer pour cautériser les amygdales ne sont pas sans utilité. Le but immédiat à atteindre, c'est d'agir rapidement sur une surface un peu étendue; le danger à éviter, c'est de laisser tomber dans le pharynx un fragment de nitrate d'argent. Pour se mettre à l'abri d'un pareil accident, le porte-crayon ne doit pas être trop bombé. Si la forme en est trop ovoïde, la pierre n'est saisie que par un cercle étroit, et un choc peut la briser en ce point; quand les deux valves réunies ont une forme presque cylindrique, le nitrate, maintenu sur une surface plus étendue, offre beaucoup moins de chances de rupture. Il est prudent aussi que l'anneau du porte-crayon soit suffisamment solide et qu'on s'assure de son intégrité. M. Herpin laisse également à la portion saillante de la pierre sa forme cylindrique; dès que la forme de l'extrémité est modifiée, il change le nitrate; pour plus de sécurité encore, il ne laisse saillir hors du porte-crayon qu'une longueur de 4 millimètres. Ajoutons que si, par malheur, on laissait tomber dans l'œsophage un morceau de nitrate d'argent, il faudrait, sur-le-champ, provoquer des vomissements, au moyen de l'ingestion d'une grande quantité d'eau tiède, si cela est possible, tenant en dissolution du sel de cuisine.

Quoiqu'on puisse, à la rigueur, en confiant la bougie à un aide, cautériser un malade dans son lit, comme l'opération est beaucoup plus facile à la lumière naturelle, on doit faire lever le patient, en l'enveloppant de couvertures. Il vaut mieux la pratiquer en face et aussi près que possible d'une fenêtre. La tête sera soutenue, à moins d'une grande habitude ou d'une grande docilité; la langue abaissée avec une cuiller, ou mieux, avec un couteau à papier; on fera soutenir au malade la voyelle *a*, comme dans une leçon de vocalise; puis, si l'on doit agir sur les deux amygdales, on cautérisera d'abord circulairement l'amygdale droite avec un côté de la pierre, puis on agira de la même manière sur l'amygdale gauche. Quand le voile du palais est enflammé, on le cautérise en passant d'une glande à l'autre avec l'extrémité obtuse du crayon. Dans les cas où la luette est rouge et œdématiée, il est convenable de la cautériser aussi; il suffit de la toucher, en descendant, avec l'extrémité aplatie de la pierre. Mais ce doit être le dernier temps de l'opération; car l'attouchement de cet appendice provoque souvent un spasme du gosier, qui interrompt forcément l'opération. Dans tous les cas, il ne faut pas craindre de cautériser largement. L'action du caustique s'étend toujours au delà des surfaces touchées : en examinant la gorge un peu après la cautérisation, on voit les bandes blanches qu'il a tracées, bordées, sur une certaine longueur, d'une teinte foncée moins intense que les escarrhes. L'opération n'est pas plus douloureuse que si l'on passait sur les organes un corps solide insoluble; mais elle laisse à l'arrière-gorge et à la base de la langue une saveur styptique fort désagréable, qui provoque chez quelques malades de légers efforts de vomissement. Cette sensation, du reste, est de peu de durée. Il ne résulte de la cautérisation aucun accroissement du mal de gorge. (*Union médicale*, juillet.)

**BLENNORRHAGIE** (*Injections répétées d'eau froide et de sulfate de zinc dans le canal de l'urètre, comme traitement abortif de la* . Nous nous sommes expliqué, il y a quelque temps, d'une manière assez catégorique dans ce journal (t. XL, p. 230), sur ce qu'il faut penser du traitement abortif de la blennorrhagie, et nous avons surtout insisté sur ce point que, dans l'emploi de ce trai-

tement, on avait toujours à craindre d'aggraver la position du malade, si, par malheur, la phlegmasie urétrale n'était pas arrêtée dans son cours. Il est bien évident, cependant, qu'une pareille réserve ne trouve son application que pour l'emploi des caustiques puissants, tels que le nitrate d'argent et le chlorure de zinc, par exemple, et que, si l'on pouvait y réussir par des moyens qui ne fissent pas courir aux malades le danger de voir leur état s'aggraver, les objections perdraient beaucoup de leur force et de leur valeur. C'est ce qui nous engage à faire connaître un traitement qu'un vieux praticien anglais, M. Niddrie, vient de consigner dans les journaux, et qui lui a réussi, dit-il, dans l'immense majorité des cas, à guérir la blennorrhagie définitivement et sans inconvénient pour les malades, en trois jours ou au plus en une semaine. Voici en quoi consiste ce traitement :

Le premier jour, un purgatif salin, tel que la poudre de Sedlitz, avec 15 grammes de sulfate de magnésie; repos absolu dans la position horizontale; pour tisane, une décoction de lin faible avec un peu de nitrate ou de bitartrate de potasse, et, de plus, deux injections d'eau froide dans le canal de l'urètre toutes les demi-heures. Le second jour, même boisson, repos; mais l'eau froide est remplacée par des injections d'une solution de sulfate de zinc (10 centigr. pour 30 gramm.), répétées également au nombre de deux, toutes les demi-heures, pendant la journée. Le troisième jour, l'irritation et l'écoulement ont, en général, disparu, et on peut se montrer moins rigoureux relativement au repos; mais les boissons et les injections doivent être continuées comme la veille. Sans doute, ajoute M. Niddrie, il est des cas où l'on voit la maladie se prolonger des semaines et même des mois; mais c'est chez les malades qui regardent comme trop désagréable de garder le repos toute la journée, et de revenir aussi souvent aux injections, et qui veulent guérir sans fatigue et sans contrainte. La grande difficulté du traitement est de faire résoudre le malade à revenir aux injections aussi souvent que cela est nécessaire, et d'y persévérer convenablement; néanmoins, c'est là la clef du succès. Il arrive parfois que, le second jour, le gonflement de l'urètre, son irritation et l'abondance de l'écoulement ne sont pas suffisamment calmés; il faut alors continuer les injections froides jusqu'au troisième jour. Assez souvent il est nécessaire de continuer les injections de sulfate de zinc plus de deux jours; il est même indispensable de continuer un jour encore après que l'écoulement s'est arrêté; mais il est rare toutefois que la durée du traitement aille à plus d'une semaine. — Un traitement aussi simple et aussi peu dangereux ne soulève pas évidemment les mêmes objections que les injections caustiques; mais trouvera-t-on facilement chez les malades assez de résolution pour pratiquer ces injections d'eau froide et de sulfate de zinc d'une manière aussi persévérante que le veut M. Niddrie? C'est ce que, pour notre part, nous avons peine à croire, et c'est ce qui rendra probablement ce traitement toujours exceptionnel, en supposant même qu'il soit aussi efficace que le dit son auteur. (*The Lancet*, avril.)

---

**CHARBON** (*Coussins de*) *pour les malades gâteux*. Que de choses simples et vulgaires qui semblent véritablement oubliées! Y a-t-il un meilleur moyen désinfectant que le charbon? Et cependant comment se fait-il que pour panser les plaies, que pour absorber les liquides infects qui s'en écoulent, on ne s'en serve pas plus souvent? Comment se fait-il surtout que, pour les malades qui gâtent sous eux, on n'emploie pas, au lieu de ces coussins de balle d'avoine qui ne tardent pas à devenir un foyer d'infection, on n'emploie pas, disons-nous, des coussins remplis de poudre de charbon? Dans le cas d'incontinence d'urine, par exemple, n'aurait-on pas dans ces coussins à la fois un moyen absorbant et désinfectant des plus utiles? C'est ce qui a été parfaitement compris et exécuté par un médecin irlandais, M Howel, attaché à une de ces maisons des pauvres, où l'on reçoit indifféremment tous les malades des paroisses, quelles que soient les maladies dont ils sont atteints. Il avait dans ses salles une femme qui laissait tout aller sous elle et qui était une cause de plaintes continuelles et d'infection pour ses voisines; il eut l'idée de faire placer sous le siége un sac en calicot de

de deux pieds carrés, en partie rempli de houille en poudre, de manière à servir à la fois de coussin et de moyen absorbant; immédiatement toute odeur désagréable a disparu, et en ayant la précaution de maintenir le reste du lit dans l'état de propreté, ce moyen n'a rien laissé à désirer. Nous signalons ce procédé simple et peu coûteux à nos confrères, et principalement à ceux qui pratiquent dans les maisons d'aliénés où, comme on sait, il est si difficile d'éviter que les malades n'infectent leur coucher et les salles dans lesquelles ils sont placés. (*Monthly journal*, 1852 )

---

**EAUX-MÈRES DE SALINS** (*Sur les propriétés médicales des eaux salées et des*). Un rapport très-bien fait, lu à l'Académie de médecine par notre honorable confrère, M. Jolly, vient de fixer l'attention sur les ressources qu'offrent à la médecine les eaux salées, et principalement les eaux-mères de Salins. Le rôle de plus en plus important que la médication bromo-iodurée tend à acquérir dans la thérapeutique explique facilement l'intérêt que les médecins doivent attacher à l'étude d'eaux minérales qui résument en quelque sorte cette précieuse médication.

D'après M. Germain, qui, depuis plusieurs années, en a fait l'objet de ses études, qui les a administrées sous toutes les formes, en topique, en douches, en boissons, suivant les indications particulières qui pouvaient en faire varier le mode d'administration, le mode d'action physiologique des eaux iodo-bromurées de Salins les rapproche de la médication alcaline, c'est-à-dire qu'elles agissent en restituant au sang les éléments alcalins dont il peut être dépouillé, et en neutralisant les éléments acides qui dominent dans ce liquide. Ce qui donne la principale mesure de leur action physiologique altérante, c'est la puissante influence qu'elles exercent sur la diathèse lymphatique. C'est là surtout qu'elles ont trouvé, dans la pratique de M. Germain, leurs plus nombreux succès, leur véritable triomphe. Ainsi appliquée en topique, au moyen de flanelles, sur les tumeurs glandulaires, sur les engorgements froids, les engelures, même les tumeurs blanches, l'eau-mère de Salins en a souvent amené la résolution avec une promptitude remarquable. Administrée en bain, elle a aussi fait justice, dans beaucoup de cas, de l'opiniâtreté désespérante de ces ganglions indurés ou suppurés qui peuvent atteindre les diverses régions des corps, des engorgements mésentériques, des goîtres plus ou moins volumineux qui se lient à l'état scrofuleux; et surtout des ramollissements osseux avec déviation dont la gymnastique la plus rationnelle, dont l'orthopédie la mieux combinée tenteraient en vain par elles seules la guérison. M. Germain n'a pas été moins heureux dans l'emploi des eaux-mères de Salins contre certaines affections chroniques de la peau, telles que les dartres papuleuses, le prurigo, le lichen; il montre également les bons effets des bains joints aux injections d'eaux-mères, contre les flux muqueux et devenus chroniques et habituels, par suite d'une cause scrofuleuse ou syphilitique dégénérée, tels que les otorrhées, les ulcérations avec suppuration de la pituitaire, certaines blennorrhées ou leuchorrées. M. Germain cite plusieurs exemples de rhumatisme chronique, de névroses asthéniques, même de myélites chroniques, avec paralysie et incontinence d'urine, qui ont été guéris par suite de l'usage des bains et des douches de Salins — Comme M. Germain, M. Carrière place aussi en première ligne, parmi les affections contre lesquelles la médication bromo-iodurée et les eaux mères de Salins sont plus spécialement indiquées, le lymphatisme, comme source commune de toutes les affections scrofuleuses qui en dérivent et contre lesquelles on chercherait en vain, suivant lui, une médication aussi efficace. Le goître, le crétinisme, le rachitisme, les engorgements ganglionnaires, les affections tuberculeuses, toutes les formes de diathèse scrofuleuse figurent nécessairement au premier chef dans l'heureuse application du traitement. La chloro-anémie, les asthénies nerveuses qui n'en sont que la cause la plus fréquente, les rhumatismes chroniques, les syphilides, telles sont encore les affections contre lesquelles M. Carrière préconise plus spécialement la médication iodo-bromurée de Salins. En revanche, M. Carrière, en désaccord sur ce point avec M. Germain, élève des doutes sur l'efficacité des bains de Salins contre les affections papuleuses de la peau,

contre le prurigo en particulier, qu'il dit avoir vu se transformer en eczéma aigu, sous l'influence de ce traitement; et bien qu'il conseille l'usage intérieur de l'eau salée, dans le cas de tuberculisation pulmonaire, il repousse de la manière la plus absolue l'usage des bains de Salins dans la même affection.

On voit par ce court aperçu des travaux publiés par M. Germain (de Salins) et M. Carrière sur les eaux salines et les eaux-mères de Salins, combien la thérapeutique peut trouver des ressources puissantes dans la médication bromo-iodurée qu'elles constituent; et sans admettre comme suffisamment démontrée la supériorité de l'action médicatrice des bromures sur celle des iodures alcalins, sans croire qu'ils puissent être regardés comme de véritables succédanés les uns des autres, il n'en est pas moins vrai que l'association de ces deux médications constitue une précieuse ressource dont les applications déjà connues nous font espérer une extension nouvelle et très-utile pour la médecine. (*Compte-rendu de l'Acad. de méd.*)

---

**EMPOISONNEMENT** *par la strychnine* (*Effets remarquables des inhalations de chloroforme dans un cas d'*). Il était naturel de penser que l'action si remarquable exercée par le chloroforme sur le système nerveux, et dont les effets de ce médicament sur l'éclampsie, le tétanos, et les convulsions de l'enfance, nous offrent de si curieux exemples en ce qui regarde les maladies convulsives, serait peut-être de nature à avoir quelque influence sur les phénomènes convulsifs qui résultent de l'ingestion de la strychnine, et même sur les accidents d'empoisonnement causés par cette substance. Si nos souvenirs ne nous trompent pas, nous croyons même que quelques expériences, faites au début de l'éthérisation, ont montré une espèce d'antagonisme entre les effets du chloroforme et ceux de la strychnine. Quoi qu'il en soit, voici un fait qui est bien capable de donner des espérances relativement à la possibilité de combattre avec avantage l'un des empoisonnements les plus terribles que la science connaisse :

Un homme de quarante ans, aux habitudes peu régulières, avala par erreur une gorgée d'une potion qu'il croyait contenir de la morphine, et qui contenait en réalité de la strychnine. La quantité ingérée fut environ d'un ou deux grains. Vingt minutes après, M. Maunson le trouva dans l'état suivant : raideur de tout le système musculaire; muscles du dos et des extrémités supérieures et inférieures, surtout, fortement contractés; la tête portée violemment en arrière; parole difficile; sensation de contraction autour de la poitrine; transpiration abondante de la face et de la poitrine. Une foule de moyens avaient été employés sans succès; le malade s'affaiblissait peu à peu sous l'influence de l'état spasmodique croissant du système musculaire. M. Maunson songea alors au chloroforme. Quatre grammes de ce liquide furent versés sur un mouchoir de soie, et on l'approcha de la bouche du malade. L'effet en fut véritablement décisif : le malade, qui était assis et dans l'impossibilité de se déplacer, sous peine d'être pris des convulsions les plus effrayantes, demanda à être couché, ce qui fut fait, sans exciter le moindre spasme. Le chloroforme fut continué pendant quelques heures, le malade tenant lui-même le mouchoir la plupart du temps, pour prévenir les spasmes affreux auxquels il avait été en proie. La guérison fut très-rapide. Deux jours après, ce malade avait repris ses habitudes. (*Boston. med. journal.*)

---

**ÉPILEPSIE** *chez une chienne, guérie par le cyanure de fer.* Nous ne saurions trop dire à quelle époque remonte l'usage du cyanure de fer dans le traitement de l'épilepsie, ni ce qui a pu mettre sur la voie de l'indication de cet agent thérapeutique. Toujours est-il que le cyanure de fer paraît compter déjà quelques succès. Pour notre compte, nous avons le souvenir d'un cas d'épilepsie survenue à la suite d'une impression morale vive, et qui a cédé complétement à l'emploi du cyanure de fer, employé à la dose de 1 à 2 centigrammes matin et soir. Voici un fait emprunté à la médecine vétérinaire, qui est de nature à raffermir encore la confiance que les quelques faits précédents ont pu faire naître dans l'emploi de ce moyen. Nous le recommandons à toute l'attention des praticiens :

Une chienne anglaise, âgée de trois ans, jouait dans un jardin, au milieu

duquel se trouvait un bassin d'eau, dans lequel elle tomba tout à coup. Au bout de quelques instants, on vint la retirer. Huit jours après cet accident, cette chienne, qui couchait dans la chambre de son maître, fut prise, dans la nuit, d'un étourdissement (*sic*), et fit assez de bruit pour le réveiller. Il se leva aussitôt, mais tout était passé; seulement, il reconnut que la gueule était salie par la bave. A quelques jours de là, il fut encore réveillé par le même bruit, et, quatre jours plus tard, la même chose se renouvela. M. Jourdier, prié d'examiner cet animal, l'ayant pris chez lui, observa les symptômes suivants :

Les premier, deuxième et troisième jours, la petite chienne fut calme; elle ne paraissait pas malade. Le quatrième jour, après avoir mangé la soupe du matin, elle fut prise d'un violent accès, qui dura de trente à quarante secondes. Pendant trente sept jours, les accès se sont montrés à trois et cinq jours d'intervalle et offrant les mêmes symptômes.

Dès le début, M. Jourdier donna la poudre de valériane, à la dose de 0,2 grammes, en pilules; elles furent données le matin à jeun et le soir une heure après le repas, et cela pendant dix-neuf jours. Les accès étant toujours aussi forts et aussi fréquents, on cessa les pilules Après divers tâtonnements, tous sans succès, et qui ne durèrent pas moins de soixante-six jours, pendant lesquels la maladie s'était aggravée au point qu'on croyait n'avoir plus qu'à sacrifier l'animal, M. Jourdier, à qui son pharmacien lui en avait suggéré l'idée, employa le cyanure de fer. On composa des pilules dans lesquelles il entrait 3 grains de ce sel, et on en donna pendant quarante-cinq jours, et de deux jours l'un. (Une, sans doute. Le texte ne le dit pas.)

Les accès furent les mêmes dans le commencement; mais, au dix-septième jour, ils apparurent plus régulièrement, c'est-à-dire tous les sept à huit jours; puis ils s'éloignèrent davantage et finirent par disparaître. La bête a repris ses habitudes; elle fonctionnait parfaitement bien, et son propriétaire a pu la reprendre le cinquante-neuvième jour de ce nouveau traitement. Elle a été tenue en surveillance pendant une année entière, durant laquelle la guérison ne s'est pas démentie. (*Gaz. des hôp.*, juin 1852.)

**GASTRO-ENTEROTOMIE** *pratiquée pour extraire un morceau de bois introduit dans le rectum.* Obs. Le 18 décembre 1848, on conduisit à l'hôpital d'Orvieto un paysan réduit à la faiblesse la plus grande. Neuf jours auparavant, conduit par cette idée ingénieuse que s'il fermait la sortie aux aliments, il réaliserait une économie sur la quantité à ingérer, il s'était introduit un morceau de pieu dans le rectum; et depuis lors, tous ses efforts n'avaient servi qu'à l'enfoncer davantage. Le doigt ne pouvait en toucher que le haut; et il était solidement fixé de manière à ne céder à aucune des tractions que, avec ce peu de prise, on put exercer sur lui.

Après l'échec de toutes les tentatives d'extraction, le corps étranger oblitérant complétement la cavité intestinale, et le patient étant menacé de périr dans d'atroces souffrances, M. Reali se décida à une opération. Après avoir incisé la paroi abdominale sur le côté gauche, il put sentir distinctement le pieu dans le côlon descendant. Il voulut le faire descendre jusqu'à l'anus; mais ces essais ne réussirent pas, et il fallut en venir à inciser l'intestin. Ce ne fut qu'alors qu'on put retirer ce fragment, long de 10 centimètres, et offrant un diamètre de plus de 3 centimètres à sa base. La pointe était arrondie et assez mousse.

Il n'y avait pas de matières fécales retenues au-dessus de cet obturateur; seulement la muqueuse était noirâtre, la tunique péritonéale fortement injectée, et l'épaisseur de la paroi intestinale notablement augmentée.

La plaie de l'intestin fut réunie à l'aide de la suture pratiquée selon le procédé de M. Jobert. Quant à l'incision de l'abdomen, on en rapprocha les lèvres au moyen de la suture entrecoupée. Des applications froides d'abord, puis glacées, furent maintenues sur la région opérée. On donna, à deux reprises, de l'huile de ricin. Un écoulement purulent s'établit par l'anus.

Les premiers jours, la tuméfaction des parois intestinales s'opposant au cours des matières produisit du météorisme et des vomissements. Trois saignées, deux applications de sangsues, quelques doses

d'huile de croton mirent fin à ces accidents, qui s'étaient élevés à un degré inquiétant. Les évacuations recommencèrent le cinquième jour. Vers le quarantième, les plaies étaient cicatrisées. On garda le malade encore deux mois à l'hôpital, pour éviter qu'il ne compromît sa guérison par quelqu'un de ces écarts de régime si familiers aux gens de sa classe et de son caractère.

Aujourd'hui, deux ans et neuf mois se sont écoulés ; il mange autant et les mêmes aliments que tout le monde, et sa santé est parfaite, ainsi que sa voracité, à laquelle, depuis lors, il n'a plus cherché de remède. — Si nous avons fait connaître le cas qui précède, ce n'est pas, avons-nous besoin de le dire, pour poser en règle générale l'emploi de la gastrotomie dans les faits de ce genre. La gastrotomie peut être, dans quelques cas, une dernière et cruelle extrémité à laquelle il faut savoir se résoudre, et qui peut avoir des succès, ainsi que le montre cette observation. Mais, avant de s'y décider, il est bien entendu qu'on devrait avoir épuisé tous les moyens que l'expérience de nos devanciers nous a fournis, et en particulier l'introduction de toute la main dans le rectum, soit de la main du chirurgien, soit même de celle d'un jeune enfant, ainsi que cela a été fait avec succès. Les inhalations de chloroforme fourniraient d'ailleurs un moyen de lever les principales difficultés d'une pareille pratique. (*Bull. dei Sc. mediche*, et *Gaz. méd.*, juillet.)

---

**HUILE DE FOIE DE MORUE** (*Moyen facile d'administrer l'*). Rien ne prouve mieux à la fois combien les médecins attachent d'importance à l'administration de l'huile de foie de morue et les obstacles que peut rencontrer dans certains cas son ingestion, que les efforts faits dans ces derniers temps pour simplifier et faciliter son administration. Le procédé que propose aujourd'hui M. Ferrand consiste à avaler d'un seul trait, et sans s'en apercevoir, 15, 30, 40 gramm. d'huile de foie de morue, placée sous une enveloppe aqueuse mettant le palais à l'abri du contact huileux. Il se réduit à 1° se mouiller préalablement la bouche avec une gorgée d'eau sucrée; 2° mouiller exactement l'intérieur d'un verre dans lequel on verse un travers de doigt d'un liquide aqueux sur lequel on ajoute l'huile prescrite, et à avaler huile et eau d'un seul coup; 3° boire sur-le-champ une petite quantité d'un liquide aromatique, pour entraîner au besoin toute trace du médicament.

Pour plus de détails, ajoutons que deux verres ou tasses aident beaucoup au succès de la méthode : une demi-verrée, d'eau sucrée, aromatisée avec l'eau de fleur d'oranger, est répartie également dans chacun des verres. Le premier fournit la première gorgée, dont on fera bien de garder une partie dans la bouche, et la dernière gorgée qui complète l'opération ; le second fournit la dose intermédiaire oléo-hydrique. Ainsi, dans l'estomac arrive, sûrement inaperçue, liquide et pure, l'huile administrée. Le liquide à employer comme véhicule, comme adjuvant et comme correctif pourra être, selon les goûts ou les indications, l'eau sucrée aromatisée à la fleur d'oranger, au citron, à l'orange, le vin pur ou coupé, sucré ou non, le thé au lait, le café de glands doux, etc.

Par extension, enfin, notre procédé peut s'appliquer à l'huile de poisson, très-infecte et qu'on vend généralement dans le commerce pour de l'huile de foie de morue ; à l'huile de ricin, que l'on prescrit fréquemment ; soit encore au baume de copahu. Et, pour terminer par cet exemple, ne devrait-on pas pour la potion de Choppart, qui demeure la plus efficace, mais aussi la plus affreuse préparation, la faire diviser en deux fioles séparées, dans l'une le baume, dans l'autre le mélange qui la complète, puis résumer ainsi notre méthode par le conseil suivant : employer comme véhicule le liquide aqueux prescrit ; boire une petite gorgée d'eau avant et après? — Sans vouloir en rien affaiblir le mérite du procédé proposé par notre confrère, nous nous bornerons à faire connaître celui qui nous a été donné par une jeune enfant à laquelle nous avions, comme cela est notre habitude, recommandé de faire suivre l'huile d'une cuillerée ou deux d'eau de menthe, et qui a remplacé, à son grand avantage, cette eau distillée par deux pastilles de menthe anglaise, l'une avant, l'autre après l'ingestion de l'huile. Nous pouvons affirmer que, depuis, ayant employé nombre de

fois ce dernier procédé, les malades nous ont assuré que, de cette manière, l'ingestion de l'huile n'était nullement désagréable. (*Gaz. méd. de Lyon*, juin 1852 )

---

**HYDROTHERAPIE** (*De l'*) *dans les maladies chirurgicales, et en particulier comme moyen prophylactique contre la récidive du cancer.* L'usage des réfrigérants dans le traitement des lésions traumatiques et de certaines affections chirurgicales n'est pas nouveau. La chirurgie en retire tous les jours et depuis longtemps de très-grands avantages; mais il n'en est pas de même de l'hydrothérapie, dont la méthode réfrigérante n'est en quelque sorte qu'un des éléments, et à laquelle il semblait que les succès mêmes de cette méthode eussent dû faire songer. La méthode hydrothérapique, qui, dans le traitement de quelques affections internes, a donné de si remarquables résultats, n'a été employée jusqu'ici, en effet, que d'une manière très exceptionnelle par les chirurgiens. Les quelques essais qui en ont été faits paraîtraient cependant de nature à en encourager l'application sur de plus grandes proportions. M. Fleury a déjà fait connaître quelques exemples tendant à établir l'efficacité du traitement hydrothérapique dans les cas de phymosis congénital. Nous appelons aujourd'hui l'attention de nos lecteurs sur les exemples suivants empruntés à la pratique de quelques chirurgiens éminents de Lyon, et que nous trouvons consignés dans un Mémoire de M. le docteur Gillebert-Dhercourt.

Obs. I. Un malade, adressé à l'établissement hydrothérapique de Lyon par MM. Bonnet et Diday, était atteint d'une affection rhumatismale générale qui, jointe à une malformation des pieds, entretenait un engorgement continuel des membres inférieurs. Outre cela, le rhumatisme affectait fréquemment d'autres parties du corps; c'est ainsi qu'à la suite de nombreux raptus inflammatoires vers la tête, ce malade avait fini par perdre l'œil droit. L'usage fréquemment repris des eaux de la Motte n'avait apporté qu'une amélioration insensible; la marche était toujours presque impossible et les ophthalmies rhumatismales très-souvent répétées, et ne durant pas moins d'un mois à chaque apparition. Dans cet état de choses, MM. Bonnet et Diday s'arrêtèrent à l'avis suivant : modifier la constitution et détruire la diathèse qui entretient la fluxion locale; puis faire la section sous-cutanée des péroniers latéraux, pour rendre aux mouvements des membres l'étendue qu'ils avaient perdue.

Du 4 juin au 30 juillet, ce malade fut soumis à un traitement hydrothérapique consistant : en sudations, soit dans le drap humide, soit dans la couverture sèche; en bains froids, douches générales, bains de siége, applications stimulantes et douches sur les articulations tibio-tarsiennes. Dans le cours de ce traitement, le malade n'eut qu'une seule ophthalmie, qui ne dura que quelques jours et qui céda à la médication hydrothérapique. L'engorgement des articulations était complétement détruit et la constitution du malade paraissant convenablement modifiée, l'opération fut pratiquée, le 30 juillet 1850, par M. Bonnet; elle eut tout le succès désirable et ne fut accompagnée d'aucun accident.

Le fait suivant révèle aussi manifestement l'heureuse influence, sur les accidents traumatiques, de la modification générale imprimée à l'économie par un traitement hydrothérapique.

Une jeune fille était fréquemment prise, depuis longtemps, d'inflammations phlegmoneuses, qui envahissaient à la fois l'avant-bras et la main; plusieurs ouvertures fistuleuses en avaient été la conséquence. M. Bonnet, qui lui donnait des soins, s'était souvent opposé en vain au retour des phlegmons; il n'avait pas mieux réussi à oblitérer les trajets fistuleux. Il pensa qu'il était nécessaire de modifier la constitution de la malade par le traitement hydrothérapique, et il la confia, dans ce but, à M. Gillebert-Dhercourt, qui la soumit aux enveloppements secs, suivis de frictions au drap mouillé, aux douches, aux bains de siége et aux applications sédatives sur les parties malades. Le traitement fut continué du 19 août au 16 septembre 1851. L'engorgement du membre éprouva des phases diverses, tantôt plus, tantôt moins considérable. Cependant, dans les derniers jours, le mieux, quoique faible, paraissait devoir être plus constant; l'ouverture fis-

tuleuse de la main avait été plusieurs jours sans donner de matière; elle paraissait disposée à se fermer. Le traitement fut brusquement interrompu par un voyage; néanmoins l'amélioration devint progressive de jour en jour, si bien que les fistules s'oblitérèrent, que l'engorgement se dissipa complètement, que, depuis, cette jeune fille n'a pas eu de nouvelles inflammations, et qu'elle a joui depuis d'une bonne santé.

Les applications les plus importantes et les plus suivies qui aient été faites jusqu'ici des méthodes hydrothérapiques à la chirurgie sont encore celles de M. Bonnet. Ce chirurgien, après avoir essayé, sans succès, dans le but de prévenir les récidives de cancer, diverses médications altérantes ou réputées spécifiques, telles que la ciguë, l'arsenic, le mercure, l'iode, l'usage de l'eau de Selles, etc., a eu l'idée de recourir à la méthode hydrothérapique, par laquelle il avait vu produire des effets dépuratifs remarquables. Il a soumis, à des époques diverses, au traitement hydrothérapique sept malades atteintes de cancer de la mamelle. Sur ce nombre, une seule ne fut pas opérée; le mal était arrivé à un point qui ne permettait pas l'opération. La tumeur continua à faire des progrès rapides, et néanmoins la santé générale de cette malade s'améliora d'une manière sensible. Les six autres ont été opérées avant qu'il y eût ulcération ou suintement par le mamelon. Les résultats furent très-satisfaisants à tous égards. L'influence de l'hydrothérapie s'est révélée, d'une part, par une amélioration générale de la santé, par la disparition des douleurs et par le retour de l'appétit; d'autre part, par la marche simple et dégagée d'accidents que suit alors l'opération, et par la facilité qu'elle prête à la réunion immédiate, qui alors réussit toujours.

Si l'on ne trouve pas dans ces faits la démonstration évidente de l'absence de récidive et la preuve que cette absence de récidive soit due à l'action du traitement hydrothérapique, on ne pourra du moins y méconnaître une influence manifestement heureuse de cette pratique sur l'état général des opérés. La méthode hydrothérapique, ne dût-elle avoir que ce résultat, mérite, comme on le voit, l'attention sérieuse des chirurgiens. (*Gaz. méd.*, 1852.)

---

TÉRÉBENTHINE (*Confection de*), *son emploi comme diurétique*. Nous croyons utile de faire connaître la formule suivante, qui appartient à un médecin américain, M. le professeur Cooke, et qui jouit, par delà l'Atlantique, d'une grande réputation comme moyen diurétique. D'après M. Cooke, elle réussirait dans des cas où tous les autres diurétiques ont échoué. Elle peut aussi rendre des services dans plusieurs autres maladies, et principalement dans celles qui intéressent les membranes muqueuses. Il est surtout une espèce d'enrouement qui succède aux affections inflammatoires et qui va presque jusqu'à l'aphonie, contre laquelle elle réussit le plus généralement. Voici la formule :

| | |
|---|---|
| Pr. Savon médicinal...... | 120 gramm. |
| Blanc de baleine...... | 240 gramm. |
| Térébenthine de Venise, | 24 gramm. |
| Huile essentielle d'anis, | 12 gramm. |
| Curcuma en poudre... | 8 gramm. |
| Miel.................. | Q. S. |

Incorporez d'abord le savon et le blanc de baleine; ajoutez le curcuma; puis quand le mélange est complet, ajoutez la térébenthine et l'huile essentielle d'anis; terminez par l'addition du miel, jusqu'à saveur agréable. Dose : gros comme une noisette de ce mélange, deux ou trois fois par jour. (*Western journal of med.*)

## VARIÉTÉS.

La médecine vient de faire une grande, une irréparable perte. M. le professeur Récamier est mort subitement le 29 juin dernier. Bien que presque octogénaire, M. Récamier jouissait encore d'une santé si forte et si robuste, son activité était encore si grande, et l'âge l'avait si peu atteint jusqu'ici dans ses facultés physiques et morales, que rien ne pouvait faire présumer une fin aussi prochaine et aussi rapide. L'avenir dira bientôt quelle place

est réservée, dans l'histoire de l'art, à celle grande figure médicale de notre époque ; mais, dans un journal consacré, comme celui-ci, d'une manière spéciale à la thérapeutique, nous croirions manquer à notre devoir si nous n'exprimions nos regrets de la perte d'un homme qui a su, par un esprit hardi et ingénieux, agrandir le domaine de la curation des maladies, qui a attaché son nom à des méthodes thérapeutiques qui ont reculé les bornes de l'art de guérir. Une foule immense était venue rendre les derniers honneurs au savant médecin, à l'homme de bien qui, dans une pratique de plus de cinquante ans, dans une vie aussi longue, avait su conquérir l'estime et le respect de tous ceux qui le connaissaient. L'Académie et la Faculté de médecine étaient largement représentées : MM. Cruveilhier, Adelon, Mélier et Grisolle tenaient les cordons du poêle. Plusieurs discours ont été prononcés sur la tombe : par M. le professeur Trousseau, au nom de la Faculté; M. Gibert, au nom de l'Académie de médecine; M. Maisonneuve, au nom du corps médical des hôpitaux ; M. Caffe, au nom de la Société médicale d'émulation, dont M. Recamier fut un des fondateurs, etc.

Nous avons aussi à annoncer la mort regrettable du célèbre chimiste et professeur de l'Université de Munich, André Buchner, auquel on doit d'immenses travaux consignés, pour la plupart, dans le *Répertoire de pharmacie*, ouvrage en 41 volumes in-8°, dont la réputation ne s'est pas démentie.

Il résulte d'un article publié par l'administration de l'assistance publique de la ville de Paris, que les recettes de toute nature pour l'année 1851 ont été de 18 millions 257,952 fr.; les dépenses étant de 15 millions 286,848 fr., l'excédant des recettes est de 2 millions 971,104 fr. Dans la même année, les dons et legs en faveur des pauvres et hospices de cette ville se sont élevés à 253,800 fr. en capitaux, 22,240 fr. en rentes, et 60,875 fr. d'objets divers. Au 31 décembre 1842, le nombre des lits existant dans les hôpitaux et hospices de la capitale était de 16,681 ; il s'élevait à 17,160 à la même date de 1851. Dans ce dernier chiffre, les hospices destinés à la vieillesse comptaient 7,182 lits. Les malades indigents, traités dans les hôpitaux de la capitale, en 1851, étaient au nombre de 84,970, dont 69,944 de Paris, 13,173 de la banlieue, 1,813 des départements, et 40 étrangers. La dépense totale a été de 3 millions 742,653 fr.; la dépense moyenne par journée de malade s'est élevée à 1 fr. 77 c. 2|3.

Notre honorable confrère M. le docteur Guépin, ancien professeur d'histoire naturelle et de matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est nommé professeur honoraire de cette école.

On sait que les sangsues sont décimées par une maladie qui fait périr, tous les ans, plus d'un tiers de ces utiles animaux. Un médecin des Hautes-Pyrénées, M. Pratil, qui vient de mourir, a laissé, par son testament, une somme de 25,000 fr. destinée à être donnée en prix à celui qui trouvera un remède à cette maladie.

Par suite des chaleurs si intenses qui règnent depuis quelque temps, les cas d'hydrophobie se sont multipliés d'une manière vraiment inquiétante dans ces dernières semaines. Il n'est point de partie du territoire qui ait été épargnée. L'Isère, le Gard, les Côtes-du-Nord, le Pas-de-Calais, vingt départements ont eu chacun à raconter d'effroyables malheurs. A Paris, une famille entière vient d'être frappée, et le récit de l'agonie terrible de l'une des victimes a frappé de frayeur la population. L'autorité a pris toutes les mesures nécessaires pour prévenir de pareils malheurs ; mais peut-être n'y a-t il pas de moyen plus sûr d'y parvenir que de reprendre cette loi, momentanément abandonnée, qui impose la race canine. Un économiste a calculé que les frais de nourriture des chiens actuellement existant en France s'élèvent annuellement de 50 à 55 millions. En diminuant considérablement le nombre des chiens par un impôt, on augmentera ainsi la richesse générale, en même temps qu'on diminuera certainement le nombre des cas de rage, et, par conséquent, les chances de communication de cette terrible maladie.

*Le rédacteur en chef*, E. DEBOUT.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

## DES DERNIÈRES ENTRAVES DU PHYSIOLOGISME BROUSSAISIEN DANS LA PRATIQUE.

« Rien de plus dangereux que les erreurs d'un homme de génie. »
(BORDEU.)

(Suite et fin.)

D'après les considérations qui précèdent (1), il est facile de présumer l'influence encore existante du physiologisme. On a beau s'en cacher, ne pas toujours prononcer le mot, mais s'en tenir à la chose; l'*irritation*, ce radical exclusif, l'être morbide archétype du physiologisme broussaisien, sert encore de règle générale, de point d'appui dans la pratique à beaucoup de médecins; le mot ou la chose, bien ou mal entendus, servent d'explication dans les cas difficiles, et notamment quand le mal s'opiniâtre. Autrefois la corruption, la déviation, l'épaississement des humeurs servaient de base aux théories, d'interprétation aux faits. Maintenant, l'idée fixe d'irritation est, pour beaucoupde praticiens, encore le point de départ de leurs conceptions médicales. Cela est si vrai que, dans les quatre cinquièmes des cas de pathologie, un grand nombre de médecins ne voient, ne distinguent, ne cherchent à combattre que l'inflammation, presque sans établir de distinction, et surtout sans remonter aux causes. Tout phénomène pathologique comprend nécessairement deux éléments essentiels, l'action des causes morbifiques et celle des organes affectés ; or, dans cette double action, il n'y a point de maladies qui ne soient accompagnées d'irritation et même d'inflammation ; la syphilis, la rage, la variole, etc., en sont des exemples. Est-il besoin de dire que cette irritation ne constitue pas essentiellement la maladie? elle n'en est que la forme, le mode de développement phénoménal. Et cependant on ne s'occupe le plus ordinairement qu'à combattre ce Protée multiforme, la phlegmasie. C'est une habitude prise et comme enracinée dans la pratique de l'art, la syphilis seule exceptée. Aussi la diète sévère, impitoyable, chose si grave, parfois si dangereuse dans les maladies aiguës qui se prolongent, est-elle regardée comme un excellent moyen de guérison. Nous avons vu des individus périr d'inanition plutôt que de leur maladie, comme dans les beaux jours du *gastritisme*. Il en est de même des applications de sangsues ; quoiqu'il ait singulièrement déchu, le règne de ces annélides d'ailleurs n'est pas encore passé, etleur prix exorbitant ne le

(1) Voir la livraison précédente, page 5.

prouve que trop. Très-souvent, à Paris et dans les départements, à la moindre douleur un peu soutenue de la tête, de la poitrine ou de l'abdomen, ne voit-on pas prescrire quinze, vingt ou trente sangsues, application qu'on récidive plus ou moins? Il n'y a guère plus d'un an qu'en province, pour un cas de tumeur blanche commençante, nous avons vu couvrir trois fois de sangsues l'articulation malade, et chez un sujet assez faible. Or, ce moyen fut tout à fait inutile. Deux applications de cautères eurent, au contraire, le succès le plus marqué. Quelques-uns mettent encore, comme il y a vingt ans, des sangsues autour des cancers commençants, des engorgements glanduleux, dans l'espoir d'en opérer la prompte résolution, et toujours sans résultats avantageux; mais l'influence fatale et positive du physiologisme se fait encore sentir. Quand on lit l'histoire des épidémies de suette miliaire, pendant l'apogée de la doctrine broussaisienne, on voit que les applications de sangsues sur l'épigastre et ailleurs étaient multipliées; mais depuis, il faut le dire, on est revenu à une pratique plus rationnelle, et les émissions de sang sont devenues rares dans cette maladie. Il n'en est pas de même d'une autre maladie prenant très-souvent les caractères épidémiques, il s'agit de la dyssenterie. Combien encore ne voit-on pas de praticiens faire, dans ce cas, des applications réitérées de sangsues, ne comprenant pas qu'en général cette maladie a un caractère adynamique plus ou moins prononcé, et qu'on donne une impulsion dans ce sens par ces dangereuses *sanguisugies?* Ce qui s'est passé en Algérie, dans le commencement de l'occupation de ce pays par nos troupes, ne l'a que trop prouvé. La méthode des purgatifs et de l'ipécacuanha, unis aux opiacés, méthode si heureuse pour combattre cette affection, n'est pas encore généralement employée. Les boissons émollientes, les sangsues à l'anus et sur l'abdomen, sont en grande partie préférées; on n'y joint les opiacés qu'assez tard. La méthode purgative et vomitive contre la dyssenterie n'est cependant pas nouvelle (1), et elle compte des succès que la méthode exclusive et abusive des antiphlogistiques ne saurait revendiquer. Il en est de même de l'angine tonsillaire et du croup; les sangsues autour du cou, tant prodiguées autrefois, sont regardées aujourd'hui comme dangereuses par les praticiens les plus habiles; les vomitifs, les purgatifs, combinés avec d'autres moyens, jouissent aujourd'hui d'une faveur acquise par l'expérience, ce qui n'empêche pas plusieurs médecins de recourir à l'emploi réitéré des

(1) Si les médecins de nos jours lisaient encore les anciens auteurs, et notamment le *Traité de la dyssenterie*, par Zimmermann, ils verraient que le traitement dont il s'agit est celui qu'il préconisait spécialement, et que la saignée n'était recommandée que dans des cas exceptionnels.

sangsues. Allons plus loin encore : dans la pneumonie, même chez les sujets débiles, frêles, étiolés, l'emploi des saignées et des sangsues est porté jusqu'au plus étrange abus, tant la prévention systématique courbe le sens et fausse la raison de certains praticiens.

Nous ne poursuivrons pas davantage cet examen d'affections pathologiques où les moyens antiphlogistiques, la médication gommo-hirudinaire, sont employés avec peu de mesure, toujours en raison des principes du physiologisme, dont la théorie est pourtant abandonnée. Nous nous contenterons de deux remarques qui tendent à prouver la singulière et persistante influence de cette doctrine. La première, c'est le langage technique dont on se sert ordinairement pour désigner le plus grand nombre des maladies. Les terminaisons en *ite* sont conservées avec un soin, un respect presque religieux. On dit encore, et surtout dans les hôpitaux militaires, des *gastrites*, des *entérites*, des *gastro-entérites*, des *encéphalites* méningo-rachidiennes, etc., malgré les désavantages marqués des antiphlogistiques poussés à l'extrême dans cette dernière maladie. Si la fièvre typhoïde a pris son nom d'un de ses symptômes prédominants, beaucoup n'y voient encore qu'une espèce d'*entérite*, dont on triomphe par la diète et la saignée.

La seconde remarque est que l'effet désastreux de la doctrine de l'irritation sur l'étude des anciens, sur l'érudition en général, même la bonne et solide érudition, se fait encore sentir à notre époque. Broussais, comme tous les systématiques, ne faisait aucun cas des auteurs anciens et très-médiocrement d'Hippocrate, qu'il qualifiait, dans l'intimité, de *radoteur ontologique ;* ses sectateurs enthousiastes adoptèrent ses opinions sur l'ancienne médecine, opinions qui se reflètent jusque sur notre époque. Tous partaient de ce point, qui tient à un fanatisme de sectaire, que la véritable médecine datait de celle de leur maître ; qu'à très-peu de chose près, toutes les anciennes observations étaient de peu de valeur, les principes sans fondement et les applications, mort-nées ; que les anciens médecins et ceux du moyen âge étaient autant d'iatrosophistes dont les théories vagues, obscures, dénuées de preuves anatomiques, surchargées de logomachies, sont sans valeur ni réalité.

Or, ces opinions, sans être promulguées avec la même hardiesse qu'il y a vingt-cinq ans, n'en sont pas moins vivaces. Qui ne sait le discrédit actuel de l'érudition médicale ? On ne veut pas voir qu'à part certaines théories surannées, il y a, dans les auteurs des siècles précédents, des trésors de faits, d'observations, d'idées pratiques, de conjectures profondes, de vues ingénieuses dont la médecine actuelle peut faire son profit. Il faut donc se garder de croire, sur la parole d'un homme de génie, enivré de ses idées, qu'il est permis de recommencer à chaque siècle la

création de la médecine : non; elle est la fille du temps, de l'expérience, et ses progrès se lient toujours aux progrès antérieurs. Le passé de la science ne meurt jamais tout entier; autrement cette même science varierait et se multiplierait sans fin. Si pauvres que nous soyons d'idées générales, de principes, de certitudes, il a fallu les méditations et les labeurs de plus de vingt siècles pour nous les donner. Bien plus, il n'est pas de ces grandes et rares découvertes changeant sur plusieurs points l'aspect et le mouvement de la science, qui n'aient été prévues ou préparées par des conjectures ou des idées précédentes. Ordinairement les idées débiles et fausses s'éteignent et s'évanouissent; fécondes et vraies, tôt ou tard elles envahissent et dominent la science. Les exemples fourmillent dans les fastes de notre art. Malheureusement on n'en juge pas ainsi à notre époque, toujours en raison de l'influence plus ou moins directe ou éloignée du physiologisme ; on s'en tient le plus possible au matériel scientifique pour les causes pathogénèses, et l'on fait de vains efforts pour élever le détail isolé à l'état d'affirmation théorique ou de principe incontestable. L'interprétation des faits manque, en général, de justesse et de tact, parce qu'elle manque d'étendue et de profondeur. La statistique, qu'on a voulu introduire dans la médecine pratique, a prouvé jusqu'à quel point d'illusion le désir inconsidéré de rigueur, de précision, peut conduire dans la médecine. En effet, jusqu'à présent, la statistique, grâce à la complaisance des chiffres, a été une arme à deux tranchants, blessant aujourd'hui celui qui s'en est armé victorieusement hier. Plus d'une fois on l'a vue partir du même point pour aboutir à des inductions diamétralement opposées, légitimer toutes les causes et servir d'appui à toutes les opinions. Il en résulte qu'aucune étude ne repose sur des données plus fugitives, plus élastiques, et, par conséquent, aucune ne conduit à des résultats plus suspects que la statistique. Et cependant beaucoup de médecins continuent à compter, à peser, à mesurer, avec des illusions d'autant plus fortes et décevantes qu'ils semblent s'approcher par là de plus en plus du positif, du réel et, en un mot, du fait en lui-même.

L'éternelle objection qu'on oppose aux anciennes théories, c'est que leurs résultats n'ont point répondu aux promesses. Sans vouloir en rien ni les défendre, ni essayer de les raviver, n'en peut-on dire autant des méthodes nouvelles ? Quand on fait la critique des choses ou des principes acceptés, presque toujours on triomphe; veut-on édifier à son tour, souvent on échoue, parce qu'on manque toujours de cette ampleur d'horizon intellectuel qui permet d'embrasser l'ensemble des faits et d'en pressentir les résultats. Dans l'état actuel de la science, la médecine dynamique et la médecine organique paraissent se contrebalancer ;

toutefois, en examinant plus profondément la question, on trouve que cette dernière l'emporte infiniment ; l'organe, le tissu, les lésions matérielles, la cause immédiate et perceptible aux sens, ont, aux yeux de beaucoup de médecins, une valeur, une portée qu'ils n'accordent pas ou n'accordent qu'en minime proportion aux forces vitales, à l'état de l'économie, à celui du sang, à la réaction vitale, au molimen régulateur de l'économie, aux éléments morbides seulement compréhensibles. Pour mettre ces deux ordres d'idées médicales dans un accord parfait, il faut être doué de cette vive sagacité, de ce bon sens supérieur qui, en médecine, est le génie même. Toujours se fait ressentir l'influence éloignée, mais bien réelle, du physiologisme broussaisien.

Si l'on demande maintenant les causes de cette puissance de domination affaiblie mais prolongée, il est facile d'en signaler quelques-unes. Et d'abord, comme nous en avons fait la remarque, ce n'est pas la doctrine dans son ensemble, ce ne sont point les principes fondamentaux qui ont survécu, ils ne sont plus admis; il y a, à cet égard, prescription du temps et de l'expérience. Mais, d'une part, Broussais a annoncé et fait valoir quelques vérités incontestables, méconnues ou restées dans l'oubli, et ces vérités sont restées. Son erreur capitale a été de ne voir, pour ainsi dire, la nature des maladies qu'avec les yeux de son système. De l'autre, le fondateur du physiologisme, et cet avantage est plus important qu'on ne croit, était doué d'une incomparable vigueur de raisonnement et d'habileté d'induction. Depuis son époque, plusieurs ont essayé quelques théories; mais la fécondité des avortements a prouvé combien, à cet égard, l'impuissance était grande. Que leur manquait-il? Cette force, cet idéal, ce souffle de polémique ardente frappant sans cesse les esprits; force d'autant plus énergique et puissante qu'elle semble avoir sa source dans la conscience et la conviction. C'est là ce qui caractérisait Broussais. On ne saurait croire aujourd'hui l'effet de ses phrases à fracas physiologique, de ses affirmations passionnées, de sa manière quasi-prophétique. Ses paradoxes mêmes, il les faisait valoir avec un art infini, et c'est peut-être le cas de dire avec un ancien : *Si minùs errasset, notus minùs esset Ulysses.* A dire vrai, peut-être, les sciences ont-elles besoin de ces activités inquiètes qui agissent sur elles comme un incessant aiguillon et qui, demandant l'impossible, les obligent à agrandir le cercle des améliorations partielles et possibles. Ajoutons que quand les principes de la science sont violemment discutés, il n'est pas donné à tout le monde de bien distinguer dans quel sens vrai ou faux l'impulsion a lieu, de discerner l'essor subversif de l'essor véritablement progressif. Les vérités médicales cachées dans les faits semblent toujours dévoilées à ceux qui assurent avec force

et insistance les avoir saisies ; et on les croit, car il n'est donné qu'au très-petit nombre de reconnaître si ces promoteurs d'idées nouvelles sont dans le vrai, s'ils ont vu et bien vu, s'ils n'ont pas dépassé, sur une infinité de points, la portée légitime de l'induction ; enfin, si leur principe radical est bien l'expression comme le résumé condensé d'une multitude de faits. Presque toujours on se laisse séduire par des assertions retentissantes ; bien peu, en médecine comme ailleurs, savent, comme dit Montaigne, « rabattre l'imposture des mots captieusement entrelacés. »

Cette cause de puissance et de séduction doit nécessairement se prolonger, car un homme de génie donne toujours une impulsion violente et dont les oscillations, quoique s'affaiblissant de plus en plus, n'en continuent pas moins jusqu'à ce qu'un autre homme de génie donne à la science une direction différente. En général, le doute fatigue, l'ignorance humilie; l'esprit a besoin d'appui, et quand on croit l'avoir trouvé dans de hautes conceptions, fussent-elles peu fondées, on s'y attache et on y adhère longtemps.

Galien n'a-t-il pas dominé la science pendant des siècles? La doctrine iatro-mathématique de Boerhaave n'a-t-elle pas eu longtemps ses sectaires et ses succès? Brown régna même jusqu'à un certain point dans la science par la force de son principe, quoique les applications pratiques en aient démontré la fausseté, sous le rapport absolu et trop généralisé. Le brownisme est encore en faveur, sous le nom de contro-stimulisme, en Italie, mais avec de grandes modifications. *Tota vita quanta est, consistit in stimulo*, tel était le principe fondamental de la doctrine du médecin écossais; ce principe a un côté vrai, mais, appliqué d'une manière exclusive, il arrivait à des inductions dangereuses dans la pratique. Il convient, en outre, de remarquer que les systématiques, législateurs de la science dans une certaine période de temps, ont une étonnante facilité d'explication des faits et des phénomènes, toujours pour arriver à la glorification de leur doctrine ; en voici un exemple : on objectait à Broussais que bien souvent, après la mort, on ne trouvait rien dans les muqueuses ou ailleurs qui indiquât l'inflammation précédente. Or, voici sa réponse : « Si, dans certains points, on trouve cette membrane (la muqueuse gastrique), ou les environs des lieux où elle manque, dans un état d'atrophie ou de décoloration, cela provient ou de ce que le sang a été appelé par l'irritation vers une autre partie, dans les *dernières heures de la vie*, ou de ce que des liquides aqueux ont, par leur séjour et leur passage, entraîné les globules sanguins, malgré le tissu épuisé et désorganisé par l'inflammation. » (*Annales de la médecine physiologique*, déc. 1830,

p. 634.) Certes, il est difficile de mieux colorer l'erreur et de mieux faire violence aux faits pour satisfaire à la tyrannie d'une idée.

A ces causes d'un reste d'influence actuelle du physiologisme, nous en ajouterons une autre plus grave, peut-être plus décisive et que nous avons déjà fait pressentir; c'est le défaut absolu où nous sommes de doctrine générale. En tout temps, le besoin de la science fut un besoin d'édification; or, jamais ce besoin ne s'est fait sentir plus impérieusement, mais plus vainement qu'aujourd'hui. Il en résulte que, parmi les praticiens, les uns suivent la voix d'un empirisme plus ou moins raisonné, combattant les symptômes existants; tandis que d'autres, plus nombreux qu'on ne croit, s'en tiennent, par une sorte d'habitude, au physiologisme pratique. Cela doit être, car il y a, dans tout principe hardiment et nettement posé, quelque chose d'absolu, de décisif, qui étonne, entraîne les esprits indécis et timides, qui séduit les esprits plus élevés; et comme les termes formels de ce principe, loin de permettre le doute, supposent l'évidence et la démonstration, rien de mieux pour la faiblesse et la paresse de l'esprit humain, qui aime mieux, en général, accepter des conclusions toutes faites, que d'analyser les faits, les idées d'où elles sont tirées, et d'en peser anneau par anneau toute la chaîne. Nous en voyons un exemple dans le retentissement diminué, mais prolongé de la doctrine du Val-de-Grâce. Vienne une autre théorie, capable, jusqu'à un certain point, de rallier les convictions médicales, son influence sur la pratique sera assurée, quoique non immédiate. Toutefois, cette nouvelle théorie ne peut se constituer de nos jours que difficilement. Saisir le fait primitif de mille faits et qui les rallie, est l'œuvre d'un esprit supérieur : une *puissante généralisation est, pour ainsi dire, l'âme des faits*, selon Geoffroy Saint-Hilaire ; mais, certainement, il n'appartient qu'à très-peu d'hommes de réaliser de si beaux problèmes. Des médecins comme Boerhaave, Stahl, Brown, Rasori, Broussais sont infiniment rares ; dans cette carrière, il y a fort peu d'élus. Une imagination hardie, féconde, créatrice, et une raison analytique, inquisitive, profonde, admirable mélange de hautes facultés, ne se présentent qu'à longs intervalles, parce que les natures d'élite sont toujours en minorité. Aussi les médecins d'aujourd'hui, quoiqu'en général d'une grande instruction, ne se hasardent point dans cette grande et difficile carrière : un peu de stahlianisme sur les réactions vitales, une dose modérée de physiologisme persistant, beaucoup d'empirisme décoré du nom de méthode expérimentale, suffisent pour défrayer la pratique, surtout à l'école de Paris. Sans doute, coordonner les faits dans une vaste et puissante synthèse, serait le dernier mot sur les affections pathologiques; on aurait ainsi une doc-

trine définitive et culminante; mais que nous sommes loin d'avoir atteint un but aussi désirable, si jamais il est possible d'y parvenir! En attendant, on se laisse plus ou moins guider par les systématiques précédents, mais sans une adhésion formelle, par une vague crainte de déceptions; et, comme Broussais est le dernier, ses principes très-modifiés, en partie effacés, agissent encore sur les praticiens, même à leur insu. En fin de compte cependant, ce médecin a labouré le champ de la science et il n'y a pas beaucoup semé, bien que ses idées, ses opinions, sa technologie même, aient une certaine action : l'inflammation joue encore un grand rôle, le sang est prodigué dans une foule de circonstances, la diète sévère et les sangsues comptent de nombreux partisans; on ne saurait nier cependant que les méthodes contraires ont aussi leur action, leur influence; aussi ceux qui les suivent regardent-ils Broussais comme n'ayant agi sur la science qu'en progrès rétrograde. Un médecin hémophobe a dit du créateur de la doctrine de l'irritation : « Son orgueil est coulé en bronze, mais on aurait dû cimenter avec du sang le piédestal de sa statue. » C'est beaucoup dire, et nous sommes loin de partager un jugement aussi rigoureux. Toutefois, on peut se demander, comme on l'a déjà fait, si ce systématique a été plus utile que nuisible à la médecine. Il a élucidé quelques points importants de la science; il a éveillé l'attention des médecins sur les inflammations chroniques; il a étudié les organes souffrants, point de départ de beaucoup de maladies, etc.; mais, quant aux résultats généraux, il serait difficile d'en apprécier la valeur exacte, et le bruit qu'a fait ce prétendu réformateur ne compense pas les erreurs qu'il a si hautement professées et propagées. En médecine, comme ailleurs, la démonstration du véritable progrès est l'utilité, et l'utilité évidente; or, on ne saurait affirmer qu'elle résulte des principes du physiologisme. Mais dans la pratique, comme nous l'avons dit dans ces considérations, les idées de Broussais ont encore une certaine prépondérance; il faut l'attribuer, nous le répétons, au manque absolu où nous sommes de doctrines médicales; une idée n'est entièrement vaincue que par une idée supérieure. RÉVEILLÉ-PARISE.

---

DU TRAITEMENT CURATIF DE L'ÉPILEPSIE; EN PARTICULIER DE L'OXYDE DE ZINC ET DU SÉLIN DES MARAIS DANS LE TRAITEMENT DE CETTE AFFECTION.

On pourrait mesurer en quelque sorte le degré de précision et de certitude auquel est parvenue la thérapeutique d'une affection donnée, à la manière dont sont établies les indications sur lesquelles repose l'emploi des médicaments que l'on dirige contre elle avec le plus de

succès. Le choix à faire entre les médicaments recommandés contre cette affection se fonde-t-il sur des circonstances bien déterminées, tirées de la marche de la maladie, ou sur quelques conditions bien formulées propres au malade, tenez pour certain que la thérapeutique de cette affection est très-avancée et qu'elle offre au médecin des ressources précieuses, qui ne tromperont pas souvent son espérance. N'y a-t-il au contraire d'autres raisons pour s'arrêter plutôt à tel médicament qu'à tel autre, que la valeur absolue ou comparative de tel ou tel agent, c'est que la science est encore peu fixée sur le traitement de cette affection et que, dans un cas donné, il lui sera impossible de dire non-seulement avec quel remède elle guérira, mais même si la guérison pourra être obtenue. Que si nous appliquons ces considérations à l'épilepsie, nous voyons bien que de nombreux auteurs ont voulu poser des indications thérapeutiques ; les unes systématiques, reposant sur une classification de la maladie en un certain nombre de genres et d'espèces dont chacun fournissait selon eux l'indication d'un traitement particulier; les autres d'observation ou prétendues telles, mais ne s'élevant pas au delà de simples aperçus : malheureusement toutes ces indications ont été frappées de stérilité, par cela même qu'elles n'ont jamais pu être vérifiées par ceux qui les ont recherchées avec soin. Aussi peut-on dire sans exagération que, si pour un grand nombre de maladies faire un choix éclairé entre les diverses médications préconisées est chose difficile, la difficulté est peut-être plus grande pour l'épilepsie que pour toute autre ; car s'il est une affection pour laquelle on ait tout essayé, tout vanté, tout dénigré, c'est à coup sûr cette maladie.

Et cependant, le médecin doit agir : son devoir, son intérêt, celui des malades qui lui sont confiés exigent qu'il intervienne pour guérir s'il le peut, pour soulager au moins si la guérison n'est pas possible. D'ailleurs, son intervention est d'autant plus légitime en cette circonstance que malgré les incertitudes qui pèsent sur le traitement de l'épilepsie dans un cas donné, les annales de l'art débordent de guérisons obtenues avec les moyens les plus variés ; et c'est même cette trop grande richesse de moyens qui crée, comme on l'a dit avec raison, la pauvreté de la thérapeutique contre cette maladie. Il importait donc de reprendre l'étude de ces divers agents, que la voix publique a sanctionnés comme les plus efficaces, et de rechercher jusqu'à quel point leur activité n'avait pas été exagérée ; il fallait surtout chercher à établir une échelle entre ces divers moyens, de manière à désigner au praticien le médicament qu'il doit préférer au début, celui ou ceux auxquels il doit avoir recours successivement, en cas d'échec du premier. C'est ce qu'a fait avec succès

M. le docteur Herpin, dans un livre très-remarquable qu'il vient de publier sur l'épilepsie, et que l'Institut de France a honoré de sa haute sanction, livre dont nous avons déjà rendu compte dans ce journal.

Rien de plus consolant, sans doute, que cette proposition qui résume en quelque sorte le livre de M. Herpin : « La médecine, dit-il, peut intervenir utilement chez les trois quarts des malades ; elle peut en guérir plus de la moitié et procurer une amélioration plus ou moins durable dans un cinquième des cas ; enfin le nombre des épilepsies rebelles au traitement dirigé avec persévérance est d'un quart seulement. » Ajoutons cependant que M. Herpin a affaibli un peu les espérances qu'une pareille proposition était de nature à faire naître, en nous montrant le *criterium* au moyen duquel on peut mesurer les chances de guérison d'un malade quelconque, dans le nombre total des attaques ou accès éprouvés jusqu'alors par le patient : la guérison paraissant être presque constamment assurée, suivant lui, chez les malades qui n'ont eu que des vertiges, si ces malaises ne sont pas très-fréquents, s'ils ne durent pas depuis plus de dix années ; le pronostic étant tout à fait favorable pour les attaques et accès au-dessous du nombre 100, peu favorable de 100 à 150, car alors les échecs et les succès se balancent à peu près, et défavorable au-dessus de 500 attaques ou accès, les guérisons n'étant plus que des cas exceptionnels. Il suit de là, effectivement, que la médecine, médiocrement puissante contre les cas graves, est à peu près impuissante contre les cas très-graves ; et tout en remerciant M. Herpin d'avoir mis en relief l'importance du traitement au début de la maladie, et d'avoir fourni aux médecins les éléments d'un pronostic plus certain, il nous semblerait regrettable qu'une pareille conclusion fût acceptée dans toutes ses conséquences ; car elle ne mènerait à rien moins qu'à lier les bras au médecin en présence des formes les plus graves et les plus terribles de l'épilepsie. Une pareille idée est certainement bien loin des intentions de M. Herpin, mais nous avons cru devoir faire nos réserves contre les conséquences fâcheuses que cette conclusion pronostique pourrait avoir pour la thérapeutique.

Ce qui distingue les recherches de M. Herpin sur le traitement de l'épilepsie, ce n'est pas seulement, suivant nous, d'avoir rappelé l'attention sur des moyens déjà connus, d'en avoir fixé jusqu'à un certain point la valeur, mais aussi, et surtout, d'avoir posé les règles générales du traitement et les conditions auxquelles on peut espérer le succès. La guérison durable de l'épilepsie, dit M. Herpin, ne s'obtient le plus souvent qu'à l'aide d'une grande exactitude et d'une longue persévérance ; l'une et l'autre doivent être le fait du médecin et du patient. Celui-ci doit être prévenu qu'il s'agit, dans tous les cas, d'un traitement de longue haleine,

et qu'il est inutile de l'entreprendre si l'on n'est pas disposé à y consacrer six mois au moins, en cas de succès, un temps plus long encore si les premiers moyens ne réussissent pas. De son côté, le médecin doit être éclairé sur l'inégalité de la marche des accès, et en particulier sur le maximum de leurs intervalles, afin que dans la poursuite du traitement il ne soit pas exposé à prendre pour une amélioration ce qui n'est qu'une irrégularité accidentelle dans le cours de la maladie. Aussi, pour suivre l'influence des remèdes sur la marche de la maladie, comme pour graduer convenablement les doses, doit-il avoir sous les yeux, inscrit sur un carnet, un tableau exact de la série des accès de diverse nature qu'éprouve le malade, ainsi que la série des doses et la quantité totale des remèdes administrés. Enfin, en ce qui touche les médicaments eux-mêmes, leur administration doit toujours être continuée, autant que possible, les doses être progressivement augmentées jusqu'aux limites imposées par la prudence et par la nécessité de ne pas dégoûter les malades. La dose maximum doit être plus ou moins soutenue, et lorsque les accidents ont été suspendus depuis un temps plus ou moins long, on ne peut être certain d'une guérison définitive qu'en continuant le même médicament, non pas à dose décroissante, mais bien à dose aussi élevée que par le passé, et pendant un temps tout aussi long que celui qui a été nécessaire pour arriver au premier résultat désiré. C'est là ce que M. Herpin a appelé assez ingénieusement *loi de consolidation*. Entrons maintenant dans l'exposition des résulats obtenus par M. Herpin de l'emploi de plusieurs agents thérapeutiques dans l'épilepsie.

Des nombreux médicaments essayés par M. Herpin dans le cours de ses recherches, l'oxyde de zinc, le sulfate de cuivre ammoniacal, la valériane et le valérianate de zinc, le sélin des marais, la poudre de taupe grillée, l'armoise, la jusquiame, l'ammoniaque, l'oxyde de zinc est à la fois celui dont notre honorable confrère a fait le plus fréquent usage, et celui dont il a eu, ou peu s'en faut, le plus à se louer.

Ce n'est pas, tout le monde le sait, un médicament nouveau dans le traitement de l'épilepsie que l'*oxyde de zinc*. Introduit dans la science par Gaubius, qui découvrit le secret d'un charlatan qui exploitait ce remède dans les maladies convulsives, l'oxyde de zinc n'a pas cessé, dès lors, de compter en sa faveur des autorités aussi nombreuses qu'importantes. Parmi les médecins de ce siècle, Odier le range au deuxième rang, après la valériane, avant l'ammoniure de cuivre et le nitrate d'argent; Hufeland le place à la tête des spécifiques antiépileptiques. Quoi qu'il en soit, M. Herpin a administré l'oxyde de zinc dans 44 cas appartenant à trente-huit individus. Sur ce nombre, il est deux malades chez lesquels l'influence du zinc est restée douteuse, les mé-

dications ayant été mélangées. Restent donc 42 cas, sur lesquels notre honorable confrère a obtenu 28 succès, ou 66 pour 100. Mais nous devons ajouter que la maladie ne présentait pas toujours le même degré de gravité. En effet, de ces 42 cas, 31 sont rangés par M. Herpin dans les cas à pronostic favorable, 5 dans les cas à pronostic peu favorable, 6 dans les cas à pronostic défavorable. (On a vu plus haut que M. Herpin a pris surtout, pour base du pronostic, la durée de la maladie et le nombre total des attaques ou accès éprouvés jusqu'alors par le patient.) Dans la première catégorie, M. Herpin a obtenu 26 succès sur 31, ou près de 84 pour 100, tandis que, dans la seconde catégorie, la proportion des succès n'est plus que 2 sur 3, ou de 60 pour 100, et que, dans la troisième, on ne compte plus un seul succès.

L'oxyde de zinc constitue, du reste, un remède parfaitement innocent, qui peut être donné jusqu'à 6 grammes par jour, sans autre inconvénient que des malaises passagers, et qui peut être continué impunément pendant un temps en quelque sorte illimité. Ses effets physiologiques se bornent toujours à une action légère sur le tube digestif, consistant le plus souvent, chez les adultes, en nausées qui peuvent aller jusqu'au vomissement; chez les enfants, en un peu de diarrhée. On le fait facilement tolérer sans malaises en débutant chez les adultes par la dose journalière de 30 à 40 centigr. en trois ou quatre prises, et par 5 à 15 centigr. chez les enfants, puis en augmentant chaque semaine la dose journalière de 15 à 20 centigr. chez les premiers, de 5 à 15 centigr. chez les seconds. La forme pilulaire est quelquefois un moyen de le mieux faire supporter. Enfin, les malaises sont plus rares quand le remède est pris une heure après le repas que quand il est pris avant, et la première dose du matin est toujours celle qui incommode le plus.

Quand faut-il s'arrêter lorsque le traitement ne paraît avoir aucune influence utile sur la marche de la maladie? Jusqu'à quelle dose totale faut-il porter le médicament quand, les crises ayant cessé, on ne le continue que pour consolider la guérison? A ces deux questions, voici ce que répond M. Herpin : la durée du traitement a fort peu d'influence sur la suppression des accès, et c'est la quantité totale du remède employé qu'il faut prendre en considération. Dans la première année de la vie, et dans les cas favorables, il faut atteindre la quantité totale de 5 grammes d'oxyde de zinc avant d'y renoncer pour recourir à un autre remède. Après l'âge de deux ans, il faut aller jusqu'à 45 gram. dans les cas favorables, jusqu'à 125 dans les cas à pronostic peu favorable avant d'y revenir; de sorte qu'une cure d'essai par l'oxyde de zinc sera, dans les cas favorables, de six semaines pour la première année de la vie, de deux mois pour les âges suivants ; dans les cas peu

favorables, le traitement sera, à tous les âges, continué trois mois. Chez un malade dont les accès ont cédé à une cure par l'oxyde de zinc, il faut, pour consolider la guérison et prévenir les rechutes, donner encore, le plus rapidement possible et sans interruption, une quantité du remède qui dépasse celle qui avait été administrée au moment de la suppression des accès.

M. Herpin formule ainsi qu'il suit une sorte de traitement normal de l'épilepsie par l'oxyde de zinc :

Chez l'adulte, il prescrit pour la première semaine : oxyde de zinc, 3 gram.; sucre, 4 gram., à partager en 20 doses; 3 par jour, une heure après chaque repas, ou 45 centigr. par jour, approximativement. Pour peu que le remède ait été bien supporté, et surtout si les malaises ont cessé dans les derniers jours de la semaine, à la seconde prescription il augmente d'un gramme la dose hebdomadaire d'oxyde; même quantité de sucre, même division, même administration. Il continue chaque semaine à augmenter ainsi d'un gramme, jusqu'à ce qu'il ait atteint la dose hebdomadaire de 15 gram. (2 gram. 15 par jour); ce qui arrive, si la progression a été régulière, à la treizième semaine, c'est-à-dire au bout de trois mois. En suivant cette marche, le malade emploie 52 grammes en huit semaines (deux mois), et 132 grammes en quatorze semaines (un peu plus de trois mois). En persévérant à la même dose de 15 gram. pendant trois mois encore, M. Herpin a administré, en six mois et une semaine, 325 gram. du médicament.

Chez les enfants, comme on le comprend, la dose est réduite suivant les âges. Ainsi, de la naissance à un an, la première dose hebdomadaire est de 25 centigr. (3 centigr. et demi par jour). Il augmente de 25 centigr. par semaine, et arrive ainsi, en s'arrêtant à 3 gram. 50, comme dose hebdomadaire maximum, à avoir employé 5 gram. 25 en six semaines, 23 en trois mois, et 68 en six mois. De là à dix ans, il commence par 50 centigr. (7 centigr. par jour), et il n'augmente que de 1/2 gramme la première semaine, puis de 1 gramme comme dans les périodes précédentes. De dix à quinze ans, début par la dose hebdomadaire de 1 gramme (15 centigr. par jour); et l'on peut, sans inconvénient, augmenter de 1 gramme chaque semaine.

L'apparition de quelques malaises au début ne doit pas empêcher de persévérer s'ils ne sont pas trop incommodes; dans le cas contraire, on supprime la dose du matin. Si les malaises persistent encore à la fin de la semaine, on continue sans augmentation la semaine suivante; mais il est bien rare, soit à cette époque, soit plus tard, qu'il soit nécessaire de donner la même dose plus de deux semaines de suite. Dans les cas rares où l'on a quelque peine, en raison des effets physiologiques du

remède, à vaincre la répugnance du malade, il faut administrer le zinc en pilules ; sous cette forme, à dose égale, il procure moins facilement les nausées. On peut encore, pour faciliter la tolérance, employer, comme excipient, l'extrait de valériane. Enfin, dans les cas de grande répugnance ou de profond dégoût, on peut ajouter à la masse pulvérulente quelques centigrammes de cannelle ou de toute autre substance aromatique.

(*La fin au prochain numéro.*)

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

### CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES EFFETS GÉNÉRAUX DE L'IODE ABSORBÉ PAR LES SURFACES EXTERNES.

(Suite et fin (1).

*Faits relatifs aux phénomènes généraux de l'administration de l'iode par des surfaces artificielles, telles que les vésicatoires, les cautères, les moxas.*

Puisqu'en appliquant l'iode, ou mieux la pommade iodée-iodurée sur les plaies des individus atteints de scrofules, ce médicament était absorbé, et modifiait avantageusement l'état général des malades, il était naturel de croire qu'on pouvait obtenir des résultats aussi satisfaisants en pansant avec le même médicament des plaies faites artificiellement chez ceux qui n'en avaient pas de naturelles.

Dans ce but, M. le professeur Bonnet a fait placer, chez des malades atteints d'ophthalmies scrofuleuses, des vésicatoires au bras, puis à la nuque et aux tempes, et les a fait panser matin et soir avec la pommade iodée. Le succès de cette médication a répondu à ses espérances, car l'influence de ce médicament sur des parties éloignées du siége de l'absorption a été telle, qu'il a suffi pour faire disparaître en peu de jours des ophthalmies scrofuleuses, sans faire aucune application locale sur les yeux.

Obs. I. *Ophthalmie scrofuleuse ; conjonctivite oculo-palpébrale, avec albugo ; point d'application locale sur les yeux ; vésicatoire au bras, pansement iodé ; absorption de l'iode ; disparition de l'affection.* — Melitène Duplâtre, âgée de dix-neuf ans, d'une constitution scrofuleuse, entrée à la salle Sainte-Anne de l'Hôtel-Dieu de Lyon le 3 décembre 1851. Elle offre deux glandes engorgées à la région sous-maxillaire droite, toutes deux fluctuantes dans quelques points. Il y à deux mois, sans cause connue, il lui est survenu une blépharite, qui a occasionné une rougeur continuelle de la partie interne des paupières ; depuis huit jours, une ophthalmie scrofuleuse vio-

(1) Voir la livraison du 15 juillet, p. 19.

lente s'est déclarée sur les deux yeux, et elle s'est accompagnée de photophobie, de larmoiement considérable et d'une douleur très-aiguë ; la malade ne peut supporter la lumière, les conjonctives sont rouges, veloutées, et la cornée de l'œil droit offre un léger albugo. M. Bonnet recommande de n'appliquer sur les yeux qu'une compresse sèche ; puis, faisant placer sur les glandes engorgées deux vésicatoires, il les fait panser matin et soir avec de la pommade iodée. Ce pansement produit localement de vives douleurs; généralement il donne lieu à l'absorption de l'iode, que l'on retrouve, tous les matins à la visite, dans les urines, à l'aide du réactif (amidon et liqueur de Labarraque). Pendant les trois premiers jours cette absorption de l'iode donne lieu à de la fièvre et à une grande agitation ; le quatrième, on constate que la photophobie a disparu, ainsi que le larmoiement, et le huitième jour de ce traitement l'ophthalmie a cessé sans qu'on ait fait aucune application locale. Il ne reste, en effet, que de la rougeur à la partie interne des paupières et un léger trouble dans la vision du côté de l'œil droit.

Obs. II. *Ophthalmie scrofuleuse ; conjonctivite oculo-palpébrale ; kératite ulcéreuse ; point d'application locale sur les yeux ; vésicatoire au bras ; pansement iodé ; absorption de l'iode ; guérison.*—Adrienne Phylet, âgée de vingt-cinq ans, entre dans la salle Sainte-Anne le 15 décembre 1851 ; d'une constitution lymphatico-scrofuleuse, elle est atteinte depuis son enfance d'une blépharite chronique, s'exaspérant sous la moindre impression du froid. Depuis six mois, elle a sensiblement augmenté d'intensité, et, des paupières, la maladie a gagné la conjonctive oculaire, et a même produit une taie au côté gauche et inférieur de l'œil droit. A son entrée à l'hôpital, on constate une inflammation catarrhale de la conjonctive oculo-palpébrale des deux yeux, survenue depuis huit jours ; larmoiement et photophobie considérable, un albugo, une taie et une légère kératite ulcéreuse sur la cornée de l'œil droit. Application d'un bandeau sur les yeux.

Le 19 décembre, on fait placer un vésicatoire au bras droit, que l'on panse matin et soir avec de la pommade iodée ; douleur locale très-vive, l'absorption de l'iode (reconnu tous les matins dans les urines et les larmes à l'aide du réactif déjà cité) donne lieu, pendant les premiers jours, à de la fièvre, de l'insomnie et même à des sueurs. Le cinquième jour de ce traitement, le vésicatoire étant sec, on en applique un à la nuque, que l'on panse de la même manière. L'absorption de l'iode est toujours évidente ; on constate chez elle les mêmes phénomènes locaux et généraux. Le 29, application d'un vésicatoire à la tempe droite, même pansement.

La photophobie et le larmoiement disparaissent dès le troisième jour du début de ce traitement ; la conjonctivite oculaire cesse peu à peu, la kératite et l'albugo de l'œil droit n'existent plus le huitième jour, et le 5 janvier il ne reste plus de la maladie qu'une blépharite chronique et la taie déjà indiquée.

Obs. III. *Kérato conjonctivite oculaire scrofuleuse ; point d'application locale sur les yeux ; vésicatoire au bras, pansement iodé ; guérison.*—Jeannette Poulaillier, âgée de dix-sept ans, née à Tournus (Saône-et-Loire), entre à l'hôpital le 29 novembre 1851, salle Sainte-Anne ; elle présente une conjonctivite oculo-palpébrale scrofuleuse, avec une taie et une kératite du côté droit de la cornée de l'œil gauche. La conjonctivite oculo-palpébrale est toute récente, elle s'accompagne de photophobie et de larmoiement ; la taie existe depuis longtemps (six ans) et la kératite date de trois mois ; la

vision est troublée. On ne prescrit qu'un bandeau sec sur les yeux. Application, le 29 novembre 1851, d'un vésicatoire au bras, pansement matin et soir avec l'iode ; douleur locale très-vive, absorption de l'iode, qui produit de la fièvre pendant quarante-huit heures. Le quatrième jour, la conjonctivite oculo-palpébrale a cessé, la kératite se cicatrise, et le 8 décembre il ne reste plus que la taie qui existait primitivement.

Obs. IV. — Enfin une quatrième malade, âgée de seize ans, atteinte depuis son enfance d'une kérato-conjonctivite chronique scrofuleuse, avec taies sur les cornées, a été traitée de la même manière ; mais elle n'a pu être ni guérie, ni même améliorée. Malgré l'application de vésicatoires au bras, à la nuque et aux tempes, pansés avec la pommade d'iode, la maladie est restée à peu près stationnaire.

On voit, par les observations que je viens de citer, que l'on peut, sans aucune application locale, guérir des ophthalmies scrofuleuses, en pansant des vésicatoires placés loin du siége du mal, avec la pommade iodée. Tous les phénomènes locaux et généraux de l'absorption de l'iode que nous avons indiqués chez les malades dont on pansait les plaies avec de l'iode, nous les avons retrouvés chez ces derniers. En effet, douleur vive après chaque pansement, absorption de l'iode reconnu tous les matins dans les urines à l'aide du réactif, fièvre d'absorption pendant les premiers jours, voilà certes bien les résultats primitifs que nous avons rappelés dans la première partie de notre travail. Les résultats consécutifs ont été des plus satisfaisants, puisque dans trois cas sur quatre l'iode a agi sur la constitution, et a amené, par suite, la guérison d'ophthalmies, sans que l'on ait fait aucune application locale sur les yeux, dans un temps beaucoup plus court que celui qu'elles exigent ordinairement par les autres méthodes de traitement.

Puisque l'on obtenait de bons effets locaux et généraux chez des individus scrofuleux en pansant des vésicatoires avec de l'iode, M. Bonnet était conduit à pratiquer plusieurs cautères chez des individus dont la constitution était profondément empreinte du vice scrofuleux, et à les panser matin et soir avec la pommade iodée. Malheureusement, l'idée qu'on pourrait obtenir par ce moyen des résultats satisfaisants n'est venue à la pensée de M. Bonnet qu'à la fin de son service, de sorte que nous ne pouvons donner ici les résultats de cette médication. Nous dirons toutefois que l'iode a été absorbé et trouvé dans les urines ; qu'il a produit des phénomènes locaux et généraux identiques à ceux que nous avons fait connaître, lorsque l'on a eu la précaution de panser de la sorte plusieurs cautères, car si l'on se contente d'un seul, l'absorption est trop faible pour que le médicament puisse agir sur toute l'économie. Pour avoir de bons résultats primitifs, il faut au moins en avoir cinq ou six. Dans le seul cas où nous avons pu suivre ce traitement pendant un mois, la malade n'en avait éprouvé encore aucune

espèce d'amélioration : on avait, dans ce cas, affaire à une malade chez laquelle la cachexie scrofuleuse était devenue une complication funeste.

*Faits relatifs à l'absorption locale de l'iode comme méthode résolutive.*

L'iode appliqué par la méthode endermique produit des résultats des plus avantageux comme méthode résolutive. On peut, en effet, en pansant des vésicatoires placés sur des tumeurs séreuses, entre autres sur des kystes du poignet, faire disparaître en peu de jours le liquide épanché dans des cavités closes.

Obs. V. *Kyste de la bourse muqueuse des tendons fléchisseurs; vésicatoires; pansements avec l'iode ; guérison très-rapide.*— Une jeune fille, âgée de dix-sept ans, née à Tournus (Saône-et-Loire), entre à l'hôpital le 29 novembre 1851, salle Sainte-Anne ; elle offre un kyste séreux du poignet, développé dans la synoviale qui entoure les tendons des fléchisseurs ; il est d'un gros volume, et l'on sent la fluctuation dans la paume de la main en pressant la tumeur de haut en bas. Une légère crépitation indique qu'il y a dans son intérieur quelques grumeaux analogues à du riz; cette tumeur occasionne de vives douleurs et empêche les mouvements de l'article, et cause un peu d'engourdissement dans le petit doigt, le médius et l'annulaire. La maladie a débuté il y a un an, sans cause connue.

Le 2 novembre 1852, application d'un vésicatoire à la partie antérieure du poignet sur la tumeur, pansement avec la pommade d'iode iodurée ; vive douleur les premiers jours du pansement, absorption de l'iode reconnu dans les urines à l'aide du réactif (amidon et liqueur de Labarraque); fièvre de réaction pendant trois jours. Le cinquième jour de ce pansement, répété matin et soir, le liquide a totalement disparu, l'engourdissement a cessé, ainsi que les douleurs; et cette jeune fille peut remuer ses doigts, comme avant le début de la maladie, sans y ressentir le moindre engourdissement.

Cette observation très-intéressante méritait de trouver sa place ici, car tout le monde sait combien il est difficile de guérir ces sortes de tumeurs. On a imaginé une foule de procédés chirurgicaux qui ne sont pas exempts de dangers, et qui peuvent même s'accompagner d'accidents très-redoutables. Le vésicatoire a sans doute hâté la résolution, mais il n'aurait jamais à lui seul fait disparaître en quatre jours une lésion aussi grave. M. Bonnet a eu encore occasion d'appliquer le même pansement sur un kyste du dos de la main, dont il avait opéré l'écrasement. La malade quitta l'hôpital le lendemain de ce traitement, de sorte que nous n'avons pu savoir si cette médication avait été suivie de succès.

M. Bonnet s'est demandé si les applications locales d'iode sur des vésicatoires auraient des résultats aussi avantageux. Sûr de faire disparaître certaines tumeurs du cou, il en a fait l'application sur des glandes scrofuleuses et sur des kystes de la thyroïde. Les résultats n'ont

pas été satisfaisants ; il a semblé qu'à la longue ces tumeurs diminuaient, mais on peut dire sans crainte que ce sont des cas où l'administration de l'iode par la méthode endermique est insuffisante.

Le fait de résolution locale obtenue par les pansements des cautères avec la pommade iodée a conduit M. Bonnet à employer de la sorte des résolutifs puissants, tels que le nitrate de potasse et le chlorhydrate d'ammoniaque, la ciguë, etc. Ces médicaments, employés suivant les principes de la méthode endermique, ont paru avoir une très-grande efficacité pour dissoudre des tumeurs solides et des engorgements locaux. Nous pourrions citer ici l'observation d'un jeune homme atteint d'une orchite chronique, chez lequel l'application d'un vésicatoire sur le mal, pansé matin et soir avec le chlorhydrate d'ammoniaque, a amené en peu de temps une très-grande diminution de la tumeur ; mais comme nous n'avons l'intention que d'appeler aujourd'hui l'attention des lecteurs sur les résultats pratiques que M. Bonnet a obtenus de l'iode employé dans les pansements et les opérations chirurgicales, nous laissons, pour le moment, de côté cette question si importante, nous réservant de la traiter plus tard avec tous les détails qu'elle comporte.

Dr Philippeaux.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### NOTE SUR LE SOUS-NITRATE DE BISMUTH ARSENICAL.

M. Lassaigne est, croyons-nous, le premier qui ait indiqué la présence de l'arsenic dans le sous-nitrate de bismuth, et qui ait donné le moyen de le reconnaître. L'extension que prend l'usage de ce sel en thérapeutique et les doses élevées auxquelles des praticiens le prescrivent nous engagent à rappeler l'attention sur cet objet, à l'occasion d'une note de M. Cornut, que voici :

Chacun sait que le bismuth, employé ordinairement à la préparation du sous-nitrate de bismuth, contient une notable quantité d'arsenic ; qu'une fusion de ce métal avec le nitrate est au moins indispensable pour obtenir un produit bien pur. C'est précisément cette préparation du bismuth qui paraît être négligée par le plus grand nombre des fabricants de produits chimiques, et sur laquelle nous voulons appeler l'attention des pharmaciens.

C'est en effet ce que démontre l'expérience : le sel que nous signalons contient, il est vrai, une très-minime quantité d'arsenic, et nous comprenons que, employé jusqu'à présent à doses fractionnées, il n'ait

pu déterminer d'accidents. Mais en sera-t-il toujours de même à l'avenir ? N'est-il pas prescrit à haute dose journellement (dans les diarrhées chroniques, par exemple) ?

Que les pharmaciens exigent donc la pureté de ce sel ; qu'ils ne le délivrent au malade qu'après en avoir fait l'essai.

Voici le mode d'essai que nous proposons ; il réussit bien : humectez 2 grammes de sous-azotate bismuthique avec suffisante quantité d'acide sulfurique pur, dans une petite capsule de porcelaine, et évaporez à feu nu jusqu'à siccité ; délayez le résidu avec un peu d'eau distillée, filtrez et versez la liqueur dans l'appareil de Marsh le plus simple, consistant en un goulot de 150 grammes, dont le bouchon est traversé par un tube effilé à la lampe.

---

SUR LA QUINIDINE.

A l'Exposition universelle de Londres figuraient plusieurs beaux échantillons d'une substance étiquetée *quinidine*. Pour beaucoup, cette dénomination semblait être une erreur. Il n'en est rien ; la quinidine est un nouvel alcaloïde du quinquina, dont le sulfate paraît être aujourd'hui mélangé en grande proportion sur les marchés étrangers au sulfate de quinine. Voici ce qu'en dit Zimmer, fabricant de produits chimiques en Allemagne :

« Le prix élevé du quinquina Calisaya, par suite du monopole dont jouit son exportation, a donné lieu à de nombreuses importations de cette substance venant d'autres districts et dont la qualité diffère de celle du quinquina de Calisaya, surtout parce qu'elle contient beaucoup de quinidine. Sans s'occuper des différentes substances qui composaient ce quinquina, les fabricants de quinine, éblouis par le bon marché de ces envois, employèrent ce quinquina dans leur fabrication ; ce qui fait qu'on trouve dans le commerce une si grande quantité de quinine contenant de la quinidine.

« L'existence de ce troisième alcali des quinquinas (l'auteur aurait dû dire du quatrième ou cinquième) est maintenant bien établie, non-seulement par l'analyse, mais encore par les propriété de ses sels et par plusieurs autres signes distinctifs. Les caractères extérieurs du sulfate de quinidine diffèrent de ceux du sulfate de quinine. Le sulfate de quinidine a une plus grande gravité spécifique et une cristallisation moins floconneuse. En séchant à l'air chaud, le sulfate de quinidine se sépare de l'eau dans laquelle il s'est cristallisé ; et enfin, en dernier lieu, le sulfate de quinidine est beaucoup plus soluble que le sulfate de quinine dans l'eau froide et l'alcool.

« La différente manière d'être de ces trois alcalis avec l'éther est une de leurs propriétés distinctives.

« Guidé par ce fait, je puis recommander le procédé suivant, comme étant très-simple et très-propre à découvrir la présence de la quinidine et de la cinchonine.

« On met 10 grains du sel qu'on veut examiner dans un gros tube, auquel est adapté un bouchon de liége; on ajoute aux 10 grains 10 gouttes d'acide sulfurique dilué (1 goutte d'acide pour 5 gouttes d'eau) et 50 gouttes d'eau; on expose le tout à une chaleur douce, pour accélérer la solution. Lorsque la solution est entièrement refroidie, il faut ajouter 60 gouttes d'éther sulfurique officinal et 20 gouttes d'esprit d'ammoniaque, et secouer le tout pendant qu'on bouche le tube avec le pouce. Le tube étant alors soigneusement fermé, on le secoue de temps en temps, de manière à ce que les globules d'air puissent plus promptement pénétrer la couche d'éther. Si le sel qu'on examine ne contient ni cinchonine ni quinidine, ou ne contient cette dernière que dans la proportion de 10 pour 100, il se dissoudra complétement; tandis que sur la surface où se trouvera le contact des deux fluides, on ôtera toutes les immondices, et, après quelque temps, la couche d'éther deviendra ferme et gélatineuse. D'après ce que nous venons de dire relativement à la solubilité de la quinidine dans l'éther, il paraît que 10 grains de sel examiné peuvent contenir 1 grain de quinidine, et cependant se dissoudre complétement dans l'éther et l'ammoniaque; mais, dans ce cas, la quinidine, en très-peu de temps, se cristalliserait sur la couche d'éther.

« La moindre trace de quinidine peut être découverte, en employant, au lieu d'éther ordinaire, de l'éther saturé de quinidine, et par le moyen duquel la quinidine contenue dans la quinine restera insoluble. Il est particulièrement nécessaire, en exécutant ce procédé, d'observer qu'après qu'on a secoué, si tout est dissous, il faut faire bien attention à la grande tendance de la quinidine à la cristallisation; elle pourrait se séparer sous forme cristalline, et devenir une source d'erreurs. S'il se trouve plus d'un dixième de quinidine ou de cinchonine, un précipité insoluble a lieu à la limite des deux couches de fluides. Si c'était de la quinidine, il se dissoudrait en ajoutant beaucoup d'éther; tandis que cela resterait sans effet sur la cinchonine. »

Le sulfate de quinidine est présenté ici comme une adultération du sulfate de quinine. Ce nom paraît être en effet son caractère, car on ignore encore la direction et le degré de son action, aucune expérimentation comparative n'ayant encore été faite.

---

PROCÉDÉ POUR LA PRÉPARATION DE L'IODOFORME.

Les procédés pour l'obtention de l'iodoforme sont nombreux, mais le suivant séduit par sa simplicité et son originalité. Il est dû à MM. Cornélis et Gille, pharmaciens à Liège.

On prend 8 grammes d'iodure potassique, que l'on fait dissoudre dans 100 grammes d'alcool à 90 degrés centigrades ; on chauffe la liqueur jusqu'à 35 à 40 degrés centigrades ; on ajoute ensuite une petite quantité de chlorure de chaux liquide des officines : à l'instant, une partie de l'iode est mise à nu, et le liquide devient d'un rouge très-foncé. On l'agite vivement jusqu'à ce qu'il soit en grand partie décoloré, et l'on continue d'ajouter successivement de nouvelles quantités d'hypochlorite calcique, aussi longtemps que les mêmes phénomènes se représentent. Lorsque, par l'addition du chlorure, la liqueur cesse de se colorer, on la laisse refroidir, et bientôt on voit se déposer des flocons blancs jaunâtres, formés d'iodoforme et d'iodate calcique. On recueille le précipité que l'on traite par de l'alcool bouillant, à 90 degrés centigrades, qui ne dissout que l'iodoforme et le laisse cristalliser par le refroidissement.

L'iodoforme est le composé de l'iode le plus riche en ce corps. Malgré cette condition, qui paraît être un avantage, il n'est pas encore usité, ou à peine, dans la thérapeutique. Sa constitution chimique semble cependant annoncer des propriétés iodiques spéciales.

---

FORMULE D'UN SIROP ANTIDYSSENTÉRIQUE DE NOIX DE CYPRÈS.

La noix de cyprès, fort employée par les anciens praticiens, est aujourd'hui à peu près complétement oubliée, bien que constituant un astringent énergique. Voilà la formule d'un sirop de cette substance, que propose un pharmacien de Bayonne, M. Silva :

| | |
|---|---|
| Noix de cyprès fraîches concassées.... | 250 gramm. |
| Eau bouillante.................... | 750 gramm. |
| Sirop simple...................... | 1000 gramm. |
| Alcool.......................... | 60 gramm. |

Faites infuser les noix dans l'eau pendant vingt-quatre heures ; passez et filtrez l'infusion, ajoutez l'alcool et mêlez le tout au sirop réduit.

---

COLLODION ÉLASTIQUE.

Déjà plusieurs moyens, pour rendre le collodion plus souple, ont été proposés. Voici celui que donne M. Lauras :

Xyloïdine........................ 8 gramm.
Éther sulfurique ordinaire............ 125 gramm.

Mettez dans un flacon à large ouverture, et ajoutez :

Alcool à 40 degrés.................. 8 gramm.

Agitez, et d'autre part, faites un mélange composé avec :

Térébenthine de Venise.
Huile de ricin.
Cire blanche, de chaque.............. 2 gramm.
Éther sulfurique.................... 6 gramm.

Chauffez ensemble les trois premières substances, ajoutez l'éther, puis mélangez.

---

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

### NOUVEAUX FAITS A L'APPUI DE L'EMPLOI DES EAUX DE VICHY CONTRE CERTAINES AFFECTIONS ORGANIQUES DU COEUR.

J'aurais mis plus d'empressement à vous témoigner ma vive reconnaissance pour la mention flatteuse que vous avez faite, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, de mon humble brochure, si je n'avais cru devoir en même temps répondre à l'espérance que vous exprimez de me voir lever, par une communication nouvelle, les doutes que vous conservez sur les conclusions que j'ai émises relativement à l'utilité des eaux de Vichy contre certaines affections organiques du cœur.

Loin de protester contre les doutes et les réserves que vous gardez à l'égard des résultats qu'offrent mes observations, sans formuler le rejet absolu et définitif du grave sujet que j'ai mis en litige, j'ai lieu de m'applaudir que la modestie, sous le patronage de laquelle mon Mémoire a osé se montrer au jour, en prenant le titre d'*Aperçu*, ait éveillé votre attention et excité votre intérêt sur l'avenir des questions qu'il soulève. Comme vous, je préfère la réserve traditionnelle qui sauve la prudence à l'enthousiasme prématuré qui pousse au danger. Mais je suis étonné que cette modestie de mes prétentions ne soit pas venue au secours de la confiance particulière dont m'honore notre savant et habile confrère M. Durand-Fardel, pour me protéger contre l'absolutisme des dénégations qu'il exprime au sujet d'un travail qui n'est pas irréprochable, sans doute, mais que beaucoup d'autres confrères, qui jouissent aussi de quelque considération, et vous-même en particulier, sont loin d'avoir condamné en dernier ressort.

Si les heureux résultats que j'ai publiés ne se rapportent pas à des *affections organiques du cœur*, il ne suffit pas de le préjuger, il faut

dire encore quels noms on prétend substituer à ceux que l'on répudie. Il est rare que la critique n'exagère ou n'atténue les assertions d'un auteur : je croyais avoir prévenu cet écueil en circonscrivant mon sujet, en signalant les nombreuses variétés d'affections du cœur qui contre-indiquent les eaux de Vichy. D'où me vient, par exemple, l'honneur d'une contradiction de M. Durand-Fardel ? Cet honorable confrère répète, à propos des engorgements du foie, que « les eaux de Vichy ne conviennent pas, sauf de rares exceptions, aux malades disposés à l'infiltration » (chose que personne n'est tenté de contester, me semble-t-il). Mais il ajoute que, « dans le plus grand nombre des cas, les hydropisies sont dépendantes ou d'une affection du cœur, ou d'un état particulier du sang, deux conditions qui contre-indiquent, d'une manière générale, les eaux de Vichy. Donc, il est prudent de prohiber ce moyen dans le traitement des maladies du cœur. » Cette conclusion tout exclusive ne se ressent guère, à mon avis, de la logique habituelle de notre confrère. Est-ce que je soumets indistinctement toutes les affections du cœur aux eaux de Vichy ? Est-ce que toutes les maladies de ce genre sont, à toutes les périodes, accompagnées d'anasarque ? Ne me suis-je pas mis scrupuleusement en garde contre les données pathologiques incompatibles avec l'action multiple de l'agent en question, en excluant particulièrement l'*hydropisie* qui, d'ordinaire, ne survient qu'à une période avancée de la maladie? Où sont les morts subites que j'ai préparées, et les plus légers accidents même que j'ai déterminés ? Il est vrai qu'on va me dire : Vous croyez avoir traité des maladies du cœur, mais vous vous faites illusion. Eh bien ! je consens à retirer mes dénominations de « concrétions albumineuses, d'indurations fibro-albumineuses, d'endocardites et de cardites chroniques à la deuxième période, d'hypertrophies simples et naissantes, etc. » Dans quel cadre nosologique rangera-t-on mes observations restées sans nom? La discussion se réduit à une question de diagnostic exact. Pour en finir avec elle, je ne veux point vous ramener aux faits qui vous ont intéressé dans mon Mémoire; puisque vous m'en demandez de nouveaux, pour voir s'il y a lieu de confirmer votre espérance et la mienne, je dépouille mes notes de 1851; j'écarte toutes les observations où figurent, de la part du cœur, des accidents que d'autres maladies principales peuvent revendiquer à titre de symptômes sympathiques, ou d'affections secondaires consécutives; je ne garde que celles où dominent les expressions pathologiques du cœur, et j'en compte 17. Pas une de ces affections ne s'est aggravée sous l'influence des eaux de Vichy; un grand nombre ont été guéries entièrement, et le reste offre des amendements considérables. Là-dessus je ne compte

pas les observations des années précédentes, dont les sujets sont revenus, cette année, me montrer la preuve de leur guérison. Je vous prie d'en juger vous-même.

Obs. Ire. M. Tinot, de Saint-Just en Chevalais (Loire), laboureur, âgé de vingt-neuf ans, sujet depuis deux ans au rhumatisme articulaire et qui affecte vaguement tous les membres, mais qui, en dernier lieu, s'est fixé particulièrement sur le genou gauche, où la rougeur et l'enflure durèrent six mois, me fut adressé par son médecin de Roanne, le 19 juin 1851 : alors cette articulation ne conservait plus de gonflement, mais un reste d'endolorissement. Depuis la disparition de l'enflure, le malade ressent une douleur sur les cartilages des côtes qui circonscrivent à gauche et en haut le creux épigastrique : on sent là, entre la huitième et la neuvième côte, frapper la pointe du cœur. La percussion fournit là une large matité précordiale. Les battements du cœur sont énergiques, un peu mats, suivis de tintement métallique et d'un sifflement ou bruit de soufflet isochrone au pouls. Le pouls, qui est peu large, est cependant ferme, fort, et d'une fréquence portée à 81. Le malade éprouve quelquefois des palpitations et de l'essoufflement; mais nul accident de la part de l'estomac, ni d'aucun autre organe que ceux que je viens de mentionner. Traitement : demi-bains d'eau minérale ; boire 6 demi-verres au puits Chomel.

Le 21 juin. — Après 3 bains, le genou est moins douloureux, le pouls à 60 ; le tintement métallique a disparu. Mais les signes d'hypertrophie concentrique et d'endocardite chronique valvulaire restent les mêmes. Les battements du cœur sont encore énergiques, suivis du bruit de sifflement; la douleur précordiale est moindre. — Traitement : bains entiers ; boire 6 verres au puits Chomel.

Le 23. Le teint est plus animé, le pouls à 60. La douleur précordiale, le bruit de soufflet et l'énergie des battements du cœur persistent. — Bains entiers; boire 6 verres au puits Chomel.

Le 27. Après 9 bains, le pouls est calme et normal, mais les symptômes précédents existent encore. Même traitement.

Le 30 juin, Tinot a déjà pris 12 bains, et n'éprouve encore de diminution que dans la douleur précordiale et le bruit de soufflet. L'oppression paraît encore avec les palpitations ; quoique le pouls soit normal, les battements du cœur sont toujours sourds et énergiques. Même traitement.

Le 7 juillet. Encore un peu de bruit de soufflet : pouls à 81. Continuer les bains entiers ; boire 8 verres.

Le 13 juillet. Le malade veut partir après 25 bains. S'il faut en croire les signes qu'on accorde habituellement à l'hypertrophie du

cœur, celle-ci aurait beaucoup diminué. Il y a aussi un amendement considérable, et voisin de la guérison, dans l'oppression et le sifflement valvulaire. La douleur du genou ne se réveille plus que sous le stimulus de la fatigue musculaire. La physionomie annonce une bonne santé, et Tinot en accuse le bien-être.

Voilà une guérison presque entièrement obtenue ; j'ai tout lieu de croire, d'après mon expérience, qu'elle se terminera spontanément dans la famille du malade, s'il ne fait point d'écart d'hygiène ; avec un peu de persévérance de sa part, elle se serait confirmée sous mes yeux.

Obs. II. Le sieur Gaspard D..., de Semur, près Charlieu, agriculteur robuste, de quarante ans, m'a été adressé par le docteur Bénot, de Charlieu, le 12 août 1851. Depuis quelques mois, il éprouve des palpitations de cœur et un malaise qu'il ne sait définir. J'observe des battements du cœur énergiques, mais sourds, accompagnés d'un bruit de souffle, pouls petit, à 108. Le cœur paraît plus volumineux qu'à l'état normal, mais on peut s'y tromper. Je vais à la recherche d'affections capables de produire ces troubles du cœur : dans toute l'économie absolument, je ne découvre que des douleurs rhumatismales vagues qui parcourent le tronc, et un léger engorgement de l'épididyme qui a succédé à une gonorrhée contractée il y a trois ans, et tarie en ce moment. Traitement : bains entiers du grand établissement avec moitié d'eau minérale ; boire 6 demi-verres au puits Chomel.

Le 15 août. Pouls à 78, petit et irrégulier, battements du cœur toujours énergiques et sourds, bruit de soufflet converti en faible bruit de timbale. Traitement : boire 5 verres entiers au puits Chomel, continuer les bains entiers, dans lesquels les palpitations et l'oppression n'augmentent que très-peu.

Le 21. L'état est le même. Le 27, le pouls est à 87, les battements du cœur encore un peu forts, mais sans bruit anormal. Traitement : bains entiers ; boire 8 verres.

Le 30 août. Le malade a pris 17 bains. Son pouls est petit, à 69. Les battements du cœur sont presque normaux et toujours sans bruit anormal. Une diarrhée survient, et comme elle commande de suspendre le traitement, le malade rentre dans ses foyers.

Je demande à vos lecteurs la permission de ne point porter de diagnostic sur ces deux maladies, mais de leur laisser le soin de les classer dans un cadre nosologique. De bonne foi, peut-on attribuer à un engorgement chronique léger de l'épididyme, à des douleurs vagues rhumatismales, à un faible reliquat d'arthrite rhumatismale, des troubles si bien exprimés du cœur à titre de phénomènes sympathiques ? Chez

deux cultivateurs dans la force de l'âge, robustes, et d'une nutrition satisfaisante, peut-on regarder ce bruit de soufflet, ces palpitations, cette oppression, etc., comme des accidents nerveux propres à l'anémie ? Si ces symptômes ne sont pas imputables au cœur lui-même, directement affecté par sa participation à une diathèse, je suis obligé de recommencer mon éducation séméiotique, et j'attends qu'on m'apprenne quelle dénomination il faut donner à ces deux observations.

Obs. III. Voici un malade qui se présenta à moi le 7 août 1851, après avoir déjà pris 7 ou 8 bains, renvoyé de Vichy par un médecin considérable dont il emportait une consultation ainsi conçue : Le sieur Rateau, de Couches (Saône-et-Loire), est atteint d'une *affection organique du cœur*, qui ne lui permet pas de prendre les eaux de Vichy ; nous lui conseillons donc de rentrer dans ses foyers où il se soumettra au traitement suivant : 1° c'étaient des pilules d'extrait de digitale et de pissenlit, etc., etc. Ce malade est forgeron, a quarante-un ans, est fortement constitué. Il fut atteint, il y a trois ans, d'une gastro-hépatite aiguë, dont il lui reste pour le moment une dyspepsie légère, une faible trace d'ictère, sans lésion organique appréciable dans les organes primitivement affectés. Mais il éprouve des palpitations, une oppression, une douleur précordiale et postcordiale, qui l'ont forcé de suspendre son travail depuis quelque temps.

Puisqu'un confrère très-honorable a écrit le mot d'*affection organique du cœur*, je me contenterai d'ajouter, pour en préciser l'espèce, que je présumais en elle *une hypertrophie excentrique médiocre*, sans lésion des valvules, reconnaissable au pouls fort et fréquent (87), à des battements du cœur énergiques et éclatants, à une matité plus étendue que d'ordinaire à la région précordiale. Je fis rester ce malade, moyennant qu'il prendrait les eaux avec prudence, et qu'il se laisserait gouverner de près ; je lui prescrivis : demi-bains de l'Hôpital ; 6 demi-verres du puits Chomel, coupés de sirop de digitale.

Le 12, le malade se sentait un peu mieux, bien que le pouls fût encore à 87. Alors bains entiers, 6 demi-verres sans sirop de digitale. Le 14, le pouls est à 81, souple et normal sous tous les rapports. Continuer les bains entiers et boire 8 demi-verres sans digitale.

Le 19, après 21 bains, le pouls est à 72, les palpitations ont à peu près disparu, et les caractères de l'hypertrophie naissante ne se retrouvent plus. Le malade, rappelé chez lui, cesse le traitement, enchanté du bien qu'il sent en avoir retiré.

Obs. IV. Ce n'est pas moi non plus qui ai posé le nom d'*affection organique du cœur* sur l'observation suivante. M. Landrey, instituteur à Sainte-Hélène (Saône-et-Loire), avait déjà pris 7 bains, lors-

que son médecin, s'apercevant de son affection du cœur, le renvoya de Vichy. Il vint me trouver le 5 août 1851. Depuis six mois environ, époque où il avait perdu sa femme, il était tombé dans l'état morbide suivant : sensation de serrement au cœur, battements énergiques, éclatants, sans bruit anomal ; la pointe du cœur frappe à deux pouces (5 centimètres et demi) au-dessous du téton. Pouls fort à 93, palpitations accompagnées de frayeurs et d'étourdissements, qui se renouvellent pendant la marche et surtout la nuit, produisant alors l'insomnie, quelquefois presque une perte de connaissance, et obligeant le malade à sortir du lit. Ne serait-ce point là une cardite subaiguë, ou une violente irritation du cœur, tendant aussi à en produire l'hypertrophie? Le chagrin n'a pas agi sur le cœur seulement. Pourquoi n'aurait-il pas en même temps jeté une perturbation sur le centre nerveux gastrique? Le malade éprouve des crampes à l'estomac toutes les fois qu'il passe l'heure des repas sans prendre d'aliments, des nausées pendant la digestion, et des douleurs d'estomac quand il prend les aliments réputés lourds ou indigestes. Cette dyspepsie tient-elle sous son influence les troubles du cœur? Mais ce sont ces derniers qui frappent le plus l'attention du malade et l'effrayent le plus vivement ; ce sont eux, d'ailleurs, qui parlent le plus haut sur la scène des souffrances. Si les sept premiers bains ont effrayé le premier médecin qui les avait conseillés, par l'oppression qu'ils déterminaient, c'est qu'ils étaient pris *entiers*. Je fis rester ce malade, et lui conseillai des *demi-bains* de l'Hôpital, et 6 demi-verres du puits Chomel par jour.

Le 9 août, le pouls était à 60, de force normale, mais les battements du cœur encore tumultueux. Continuer le même traitement, avec addition de 32 grammes de sirop de digitale.

Le 12, le pouls est normal, une amélioration notable est éprouvée par M. Landrey sous tous les rapports. — Continuer le traitement, sans digitale.

Le 18, l'amélioration se confirme, mais le malade ne peut toujours supporter les bains que jusqu'à l'épigastre. — Continuer, et boire 6 verres entiers.

Le 24, le malade a pris 26 bains et vient m'annoncer son départ en se déclarant guéri. Je constate, en effet, l'ordre parfait des fonctions du cœur et de l'estomac.

Obs. V. Voici encore un malade que le premier médecin à qui il s'était adressé renvoyait de Vichy comme atteint de *maladie du cœur*. M. Terme, scieur de long à Ambert (Puy-de-Dôme), se présente à moi le 25 juillet 1851. Quelle est cette affection du cœur pour laquelle on le renvoie? S'il faut que je pose un diagnostic, je dirai que cela me

paraît être une *hypertrophie concentrique médiocre et simple*, datant de plusieurs mois au moins. Le malade a près de soixante ans, les lèvres bouffies et violacées, le pouls dur, un peu fréquent, les battements du cœur énergiques, un peu sourds, des palpitations, de l'oppression, un sentiment d'embarras au côté gauche de la poitrine, embarras qui s'étend parfois à toute la poitrine, au sommet de l'abdomen, et empêche le décubitus latéral. Je ne découvre aucune autre affection concomitante, si ce n'est des flatuosités gastriques.

Le cœur est donc le point de départ de tous les accidents.

Traitement : pas encore de bains, boire 4 à 6 verres au puits Chomel.

31 juillet. Le pouls est moins dur, moins fréquent ; l'oppression presque nulle, ainsi que les palpitations. — Demi-bains de l'Hôpital ; boire 6 verres au puits Chomel.

6 août. Pouls normal, pas d'oppression. — Bains entiers ; boire 8 verres à l'Hôpital, dont je crois l'eau préférable pour les flatuosités.

10 août. Les bains entiers ayant ramené les palpitations, l'oppression et la force du pouls, le retour aux demi-bains a été suivi par le malade de sa propre inspiration.

17 août. Le malade part après avoir pris 18 bains et bu vingt-quatre jours. Il n'éprouve plus aucun des accidents dont il s'était plaint avant sa cure. Son pouls est presque petit, à 68. Les battements du cœur ne sont presque plus énergiques, mais ils restent sourds.

Remarquez, mon cher confrère, que le cercle des médications thermo-thérapeutiques, que j'avais d'abord restreint aux cas d'affections du cœur liées à une diathèse rhumatismale ou goutteuse, commence à s'élargir. Il n'est pas question du tout de ces diathèses dans les trois dernières observations. — Je vous fais grâce des autres observations ; si les affections du cœur étaient moins variées, j'aurais dû déjà vous dire : *ab uno disce omnes*, pour me renfermer davantage dans les limites d'une correspondance.

Il me semble que les cinq cas qui précèdent prouvent déjà quelque chose. Conservons-leur, si vous voulez, le nom un peu large d'*expressions symptomatiques* fournies par le cœur, auxquelles vos lecteurs sauront donner un titre plus précis et plus définitif, qui spéficiera l'état morbide de l'organe qui les offre. Ils apprendront du moins à ne pas désespérer tout à fait de guérir les affections organiques du cœur, non pas quand elles sont avancées ou à la troisième période (anévrysmes, indurations cartilagineuses, calcaires, osseuses, ramollissements, dégénérescences graisseuses, squirrheuses, etc.), mais seulement à une deuxième période plus ou moins rapprochée du début

(irritation, suractivité, hypertrophies récentes, épaississement de la membrane interne, indurations et concrétions fibro-albumineuses, etc.). Ils verront qu'en commençant par sonder, avec une prudence et une surveillance attentives, le degré de tolérance du cœur pour les eaux de Vichy, degré de tolérance qui probablement correspond au degré de gravité et de développement de la maladie, et qu'après avoir retiré des premiers effets l'espérance de prévenir cette fatale et incurable troisième période, on peut avancer plus largement, plus hardiment, dans l'application du remède.

Ce serait peut-être ici l'occasion de me défendre contre les jugements ou les préventions qui pourraient m'interner malgré moi dans le domaine exclusif de l'humorisme chimique; de montrer que ce n'est pas seulement par leur propriété dissolvante que les eaux de Vichy peuvent résoudre les maladies organiques du cœur, mais d'accorder une plus large part de cet honneur à leur vertu excitante ou plutôt à diverses propriétés spéciales, coexistantes et indéfinissables, en étudiant leur mode d'action sur le travail intestin de l'assimilation et de la réparation nutritive; mais ces explications risqueraient de trop emprunter aux incertitudes et aux hypothèses dont les théories sont plus ou moins suspectes, pour trouver une place convenable dans cette lettre. Ce sera l'objet d'un autre travail, si je puis. En attendant, très-honoré confrère, je comprends qu'ayant mission de guider et avertir les praticiens, vous vous fassiez un devoir de leur répéter souvent : *Melius est sistere gradum, quàm progredi per tenebras*. Mais, tout en m'appuyant d'une main sur l'autorité de cette maxime sacrée, si je rencontre de l'autre une lueur, si faible qu'elle soit, au seuil d'un horizon encore obscur, n'est-ce pas un devoir aussi pour moi de l'explorer, en tâtonnant, à l'aide de ce moyen?

Victor Nicolas, D. M. P.,
Médecin inspecteur-adjoint des eaux de Vichy.

---

### NOUVELLE APPLICATION DES SERRES-FINES, AU TRAITEMENT DE L'ENTROPION AIGU.

Je viens de faire une application des serres-fines, que je crois nouvelle. Je ne sais si mon ami Vidal y avait songé. Ces petites pinces réussissent à merveille dans le traitement de l'*entropion aigu :* elles remplacent avec grand avantage l'excision de la languette de peau. J'ai déjà fait deux fois l'application des *serres-fines* à ce cas et avec un succès complet. Il suffit de soulever avec deux serres-fines la portion de peau dont on fait ordinairement l'excision. Quand la peau a été ainsi pincée pendant six ou huit jours, la paupière n'a plus de

tendance à se renverser en dedans. Pour que ces petits instruments n'altèrent pas la peau, il faut les changer de place, en les appliquant tout près de l'endroit d'où on les a enlevés, toutes les trente-six ou quarante-huit heures. Quand, après six ou huit jours, on enlève définitivement les serres-fines, la peau et le tissu cellulaire de la paupière sont légèrement tuméfiés. Mais cette tuméfaction disparaît bien vite (1).

GOYRAND,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

*Paralysie saturnine chez un buveur de bière. — Diagnostic par le liséré des gencives et l'emploi de l'électricité.*—Il y a quelques mois, une croisade s'est élevée dans la presse médicale contre le blanc de plomb; si nous n'avons pas fait entendre notre voix dans cette circonstance, c'est que nous sommes homme de pratique, et qu'avant de blâmer, nous aimons à nous rendre compte des faits. Nous ne craignons pas de le proclamer, grâce aux soins hygiéniques pris dans les manufactures de blanc de céruse, les quelques exemples de maladies développées par l'intoxication saturnine, coliques, paralysie, etc., observés dans les hôpitaux de Paris depuis le début de l'année, n'ont pas été fournis par ces établissements, mais par une source beaucoup moins évidente. Nous ne faisons pas allusion seulement à l'immense quantité d'accidents produits par le mode de clarification du cidre mis en usage par les brasseurs de Paris, mais encore à ces mille moyens que l'industrie emploie pour conserver ou transporter les boissons. Ces sources d'accidents sont d'autant plus terribles dans leurs effets, que le médecin, n'en saisissant pas facilement la cause, ne peut instituer un traitement efficace. Le fait suivant en est un nouvel exemple :

Le nommé Cousin (Noël), charcutier, demeurant à Cassel (Nord), d'un tempérament lymphatique, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsque, vers le mois d'avril 1851, il est pris de coliques avec constipation, qui durèrent de douze à quinze jours, et furent combattues avec les purgatifs salins et les lavements huileux. Trois fois ces accidents reparurent et cédèrent au même traitement ; un affaiblissement du mouvement volontaire se manifestait dans les deux membres

(1) Nous devons faire remarquer ici les avantages que présentent les serres-fines, qui peuvent sans inconvénient être déplacées et replacées de nouveau. C'est sur cette facilité qu'est surtout basé le procédé ingénieux de M. Goyrand.

inférieurs en même temps que les coliques et disparaissait avec elles. A dater de cette époque, cet homme a toujours, de loin en loin, souffert de coliques qui l'obligeaient de cesser son travail ; des douleurs dans les épaules, puis dans les deux bras, vinrent compliquer ses souffrances ; et le 1er décembre, une paralysie de l'avant-bras affectait principalement l'indicateur et le médius de la main droite. Contre ces nouveaux accidents, des liniments stimulants furent employés sans aucun succès ; enfin, vers le milieu de janvier 1852, l'avant-bras gauche fut frappé à son tour de paralysie ; le malade éprouva de nouvelles coliques, le sommeil disparut ; à partir de ce moment, un amaigrissement considérable survint. Ces accidents étaient rapportés, suivant le dire du malade, à un état rhumatismal ; le traitement qu'il suivait demeurant infructueux, cet homme rassembla ses dernières ressources pour venir à Paris chercher un remède à ses maux.

Le 7 juin dernier, Cousin entra à la Charité, dans le service de M. Cruveilhier, pour y être traité de sa paralysie. La position caractéristique des deux avant-bras, les coliques, avec constipation, éprouvées par le malade, devaient induire à rapporter à une intoxication saturnine ces divers accidents ; un signe irréfragable témoignait de l'origine causale de la maladie, c'est le liséré bleuâtre des gencives, signalé par M. Tanquerel-Desplanches. Malgré ces symptômes, en présence de l'impossibilité de se rendre compte de la voie d'introduction de la substance toxique, M. Cruveilhier voulut soumettre le diagnostic au contrôle de l'électricité. Un des points les plus curieux fournis par les études électro-physiologiques de M. Duchenne, est que dans les paralysies saturnines les muscles paralysés ne se contractent pas sous l'influence de l'excitation électrique. En effet, M. Duchenne, sans recevoir aucun renseignement sur les antécédents du malade, soumit les muscles extenseurs des doigts à l'action du courant développé par son appareil d'induction, et trouvant leur contractilité électrique complétement anéantie, ce médecin n'hésita point à déclarer que la paralysie était due à un empoisonnement par le plomb.

En présence de cet ensemble de signes, l'origine causale de ces accidents, l'intoxication saturnine ne pouvait plus être mise en doute ; il restait à découvrir la voie d'introduction et la nature du sel. Voici, à cet égard, les renseignements qui nous ont été fournis par le malade. Chez lui, à ses repas, il ne prenait pour boisson que de l'eau, mais il allait boire de la bière dans les cabarets. Or, dans ces établissements, à l'imitation de ce qui se fait en Allemagne et en Angleterre, les débitants de Cassel ne descendent plus à la cave pour servir leur pratique.

Il existe sur le comptoir un petit corps de pompe qui va puiser le liquide dans la pièce même, et, d'un coup de piston, on amène une chope de bière. La boisson est charriée de la cave au comptoir par un tuyau de plomb. La bière est une liqueur acide, et l'on s'explique très-bien qu'il peut se former à son intérieur des sels de plomb solubles qui viennent communiquer alors à cette boisson leur action délétère. Suivant le dire de cet homme, un grand nombre de jeunes gens de la ville auraient éprouvé des coliques en même temps que lui, et deux personnes, une cabaretière et un huissier, seraient affectés d'une paralysie semblable à la sienne. Ces faits nous paraissent assez graves pour que nous nous empressions de les porter à la connaissance des médecins de cette ville.

---

*Remarques sur un cas de tentative infructueuse de cure radicale d'une hernie inguinale.* — Parmi les tentatives nombreuses qui ont eu pour but l'oblitération de l'ouverture abdominale par laquelle se produisent les hernies inguinales, le procédé créé par M. le professeur Gerdy est celui qui présente le plus chances de succès. C'est parce que le nouveau moyen signalé par M. Valette empruntait beaucoup à la méthode du chirurgien de Paris, que nous n'avons pas hésité à en faire mention, lorsque M. Valette en a adressé la communication à l'Académie des sciences. Depuis, ce chirurgien a publié, dans la Gazette médicale, un Mémoire dans lequel se trouvent rapportés tous les faits recueillis à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Comme nous avions publié l'analyse de l'une des trois observations contenues dans une lettre adressée par le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon à M. le professeur Malgaigne, nous avons cru pouvoir nous dispenser de revenir sur ce travail, et attendre qu'une plus longue observation et une pratique plus étendue fussent venues sanctionner les espérances de ce chirurgien. Un des malades de M. Valette, que nous avons en ce moment sous les yeux, vient légitimer la réserve dans laquelle nous nous sommes tenu dans l'appréciation de ce nouveau moyen. Avant de citer les résultats des opérations subies à Lyon par cet homme, nous rapporterons l'observation telle qu'elle est publiée dans le Mémoire de M. Valette.

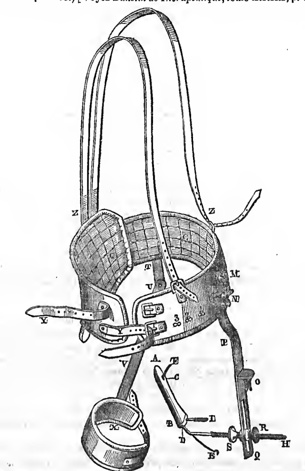
Obs. Louis Noël, âgé de vingt ans, ouvrier mécanicien à Paris, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 23 avril 1850. Ce malade a quitté la capitale quinze jours avant cette époque, se dirigeant sur Marseille. Il franchit la distance de Paris à Lyon en cet espace de temps, mais il a fait une partie de la route soit en chemin de fer, soit sur les bateaux à vapeur; il estime à 50 lieues ce qu'il a parcouru à pied. Arrivé à Lyon, il est forcé de s'arrêter, parce que la hernie dont il est porteur ne peut être contenue par son bandage.

Le malade a une connaissance parfaite de son état. Il nous dit que sa hernie est congénitale, qu'il savait que ces affections ne sont pas susceptibles de guérison. *Il nous demande seulement un appareil contentif plus parfait que celui qu'il portait.*

Cette hernie, située du côté droit, a un volume considérable que j'estime à la moitié de la tête du malade; elle est parfaitement réductible et le doig pénètre avec la plus grande facilité dans l'anneau inguinal; il ne reste pas de trace du canal. Les deux anneaux sont confondus.

Le 15 mai, l'opération est pratiquée en présence d'un grand nombre de témoins.

(Les divers temps de cette opération se trouvent décrits dans l'analyse que nous avons publiée.) [Voyez *Bulletin de Thérapeutique*, tome XXXIX, p. 231.]




Nous n'avons pu faire représenter alors que l'invaginateur destiné à refouler dans le canal le bouchon organique et à le maintenir en place jusqu'à

ce que des adhérences aient eu le temps de se former. Depuis, M. Valette a publié le dessin de l'appareil entier que nous reproduisons, afin de montrer le soin avec lequel ce chirurgien a institué son opération.)

La pièce principale de cet appareil est une ceinture matelassée, à la partie postérieure de laquelle z sont fixées deux bretelles, z, z. De sa partie antérieure M N, part une lame d'acier F O Q. présentant dans son segment externe une fenêtre pour le passage de la tige perpendiculaire I H, fixée à l'extrémité libre de l'invaginateur A B; ses articulations permettent à cette lame de se porter à gauche, à droite, et d'exercer un mouvement de torsion sur elle-même; les écrous à poulet S R, une fois serrés, la maintiennent dans la position dans laquelle le chirurgien veut la placer. L'invaginateur rendu immobile, M. Valette, pour plus de sûreté, attache une petite ficelle à la tige et va la fixer, de chaque côté, à l'un des boutons 1, 2, 3, placés dans cette intention sur la partie latérale et antérieure de la ceinture. La tige T U V, fixée sur la partie latérale de la ceinture, supporte un cuissard X, de façon à donner un point d'appui sur la cuisse.

(L'appareil mis en place, on pratique l'opération, dont nous ne rappellerons pas le manuel, puisqu'il se trouve décrit dans l'analyse que nous avons publiée.)

17. Le caustique est enlevé; le malade a souffert dans la journée du 16, mais la douleur est tout à fait locale et le pouls ne trahit pas la moindre réaction.

18. Jugeant que j'aurais à détruire une assez grande étendue pour arriver jusqu'à l'invaginateur, j'enlève avec le bistouri une certaine épaisseur de l'escarre et je fais une seconde application du caustique.

19. A part le caustique, pas le moindre phénomène à signaler.

23. L'escarre commence à se détacher, l'inflammation est tout à fait localisée et ne s'étend pas au delà d'un très-petit rayon.

25. L'escarre tombe ; une nouvelle application de caustique est faite.

30. Celle-ci se détache.

Le 5 juin l'appareil est enlevé.

Le 20 juin la cicatrisation est complète. Le malade se lève.

On constate que la hernie ne se reproduit pas. J'engage vivement le malade à rester quelques jours encore pour donner le temps au tissu inodulaire d'acquérir une certaine solidité ; mais mes recommandations sont inutiles, et, malgré mes conseils, Noël sort de l'hôpital quatre jours après.

Or, voici ce qui est arrivé depuis. Ce malade s'est mis en route, et au lieu de prendre le bateau à vapeur pour descendre le Rhône, ainsi qu'il l'avait promis, il fit la route à pied, et se rendit à Toulon. Plusieurs mois après il est revenu. La hernie s'était reproduite, bien moins volumineuse qu'auparavant, mais enfin elle avait le volume du poing; ce malade est rentré à l'Hôtel-Dieu, et malgré la récidive qui avait lieu, comme il avait pu suivre et qu'il savait dans quel état se trouvaient quelques-uns de mes opérés, il m'a supplié de ne pas lui laisser cette infirmité, qui le mettait dans l'impossibilité de se livrer aux travaux de sa profession. Je l'ai donc opéré de nouveau.

Son observation se trouve plus loin. Je ferai remarquer, dès à présent, que l'appareil a été enlevé sans que j'aie pu voir au fond de la plaie la face antérieure de l'invaginateur. Je présumais que la cautérisation avait été assez loin. C'est là une faute que j'ai commise. Depuis, l'expérience m'a appris

que l'on ne pouvait compter sur une guérison complète que lorsque l'invaginateur avait été mis à découvert. Cette circonstance n'est pas étrangère à la récidive, et aujourd'hui que l'hésitation inséparable des premières tentatives a disparu, je ne m'arrête et n'enlève l'appareil que lorsque le résultat annoncé a été obtenu.

Voici la note publiée par M. Valette sur la seconde tentative subie par le malade :

Un troisième malade a été opéré dans mon service, il y a huit jours; c'est le nommé Noël, qui fait le sujet de l'observation ci-dessus. L'innocuité la plus absolue a été constatée; à part la douleur produite par la cautérisation, il n'y a pas eu le plus léger phénomène à signaler; le pouls qui, la veille de l'opération, était à 68 pulsations et à 74 au moment de l'opération, a oscillé entre 64 et 75 pendant le temps que le malade a gardé l'appareil. Les choses se sont passées, en un mot, avec la même simplicité que si l'on eût appliqué le caustique sur la cuisse et sur la fesse.

M. Valette n'a pu rien dire dans son Mémoire sur les conséquences de cette seconde tentative sur Noël. Elle n'a pas eu un résultat efficace; car, au dire de cet homme, que nous avons en ce moment au nombre des malades de notre dispensaire, ce chirurgien a été obligé de tenter une troisième opération six mois après, en janvier 1851.

Six semaines après, Noël quittait l'Hôtel-Dieu de Lyon pour revenir à Paris; la hernie n'était pas guérie, mais elle pouvait être contenue par un bandage. Cet homme reprit ses travaux de manœuvre ; et, vers le milieu de novembre, en faisant un effort pour soulever un fardeau, il sentit, malgré la présence de son brayer, quelque chose se rompre dans l'aine, et, depuis, sa hernie ne peut plus être contenue. Quelques jours après, cet homme se présente à l'hôpital Beaujon ; il est admis, le 2 décembre, dans le service de M. Robert. En présence de l'éventration que présentait le malade, ce chirurgien ne put songer à rien entreprendre, et dut se borner à lui faire porter un suspensoir. Lorsque ce malade quitta l'hôpital Beaujon, nous l'adressâmes à notre confrère M. le docteur Garriel, pour qu'il remplaçât la poche en toile de son suspensoir par une poche en caoutchouc vulcanisé, afin d'offrir ainsi une contention plus efficace. Malgré cette amélioration marquée dans l'action du moyen contentif, la dilatation de l'ouverture augmenta; et cet homme, âgé de vingt-trois ans, a dû renoncer à sa profession, pour se livrer à des travaux d'aiguille.

Dans les considérations qui terminent son Mémoire, le chirurgien de Lyon dit : « A en croire certains optimistes, les hernies ne constituent qu'une infirmité désagréable, dont on peut parfaitement neutraliser les effets au moyen d'un bandage. Un bandage, et tout est dit!... » Et pourquoi pas? Oui, tout est dit, toutes les fois que le brayer parvient à contenir les intestins dans la cavité abdominale ; et malgré l'innocuité

de quelques procédés, parmi lesquels nous rangeons volontiers celui de M. Valette, nous pensons qu'un chirurgien ne doit moralement tenter la cure radicale d'une hernie que dans les cas où il est impossible de la maintenir par aucun moyen contentif. Or, les succès, dans ces circonstances, se comptent; et je me rappelle à leur égard cette réponse si pleine de sens, que le vénérable Boyer adressait à ceux qui venaient lui rendre compte d'une opération hardie qui avait été couronnée de succès : « Tant pis! tant pis! c'est une guérison qui sera la cause de la mort de beaucoup de malades. »

De même que nous serions injuste en blâmant ces efforts incessants des chirurgiens pour arriver à résoudre le problème si difficile de la cure des hernies, de même nous serions coupable, en gardant le silence sur les résultats des essais dont nous sommes témoins; nous devons prémunir les auteurs contre une confiance trop grande dans la valeur de leurs procédés.

Voici, en effet, comment M. Valette termine son Mémoire : « Si je ne formule point ma pensée d'une manière plus catégorique, c'est que je ne veux pas avoir, à l'avenir, à retrancher une syllabe à ce que j'ai avancé. Je ne crois pas m'aventurer en disant que mon opération est complétement innocente; qu'elle est toujours efficace; et que, sous le rapport des récidives, elle est dans les mêmes conditions que la plupart des opérations chirurgicales. La récidive n'est à redouter, du reste, que dans les hernies excessivement volumineuses et qui ne peuvent pas être maintenues par un bandage; or, dans ce cas, le malade a un immense bienfait à retirer de l'opération. En effet, le résultat de celle-ci, c'est la guérison. Les intestins sont toujours retenus dans la cavité abdominale lorsque cette opération a été bien faite. Qu'on fasse porter un simple brayer, et on s'opposera au retour de l'affection. Le bandage, complétement inefficace auparavant, sera tout-puissant alors; car son action consistera seulement à soutenir une cicatrice; et le malade, qui ne pouvait même pas trouver d'appareil contentif auparavant, assurera sa guérison au moyen d'un appareil simplement préventif. »

Ainsi M. Valette avoue que son opération n'affranchit pas les malades du brayer; et le cas que nous venons de rapporter prouve que cette cicatrice créée au devant de l'anneau n'ajoute pas toujours à la résistance des parois abdominales. Nous n'avons pas la prétention, on le pense bien, de juger le moyen nouveau de M. Valette sur cette seule tentative; mais comme les conclusions de son Mémoire sont basées seulement sur six observations, il était de notre devoir de montrer, par un fait emprunté à sa pratique propre et l'un de ceux mêmes qu'il

a rapportés, que cette opération n'est pas toujours aussi efficace et aussi certaine que le pense son auteur.

# RÉPERTOIRE MÉDICAL.

**ACCOUCHEMENT** (*Nouvelle cause de mort après l') à la suite d'accidents nerveux.* Nous donnions place dernièrement, dans ce journal, à quelques cas de mort inexplicables, survenus quelques jours après l'accouchement. Les faits suivants, communiqués par M. Depaul à la Société d'Emulation, sont à rapprocher de ceux qui précèdent, bien que la mort soit survenue à une époque moins éloignée de l'accouchement, et avec un ensemble d'accidents nerveux qui n'ont pas marqué les morts subites auxquelles nous faisons allusion.

Une dame italienne, habitant Paris depuis peu de temps, avait eu déjà quatre enfants et cinq ou six fausses couches, quand, redevenue enceinte, elle vint consulter M. Depaul. Sa santé était alors très-mauvaise, et il lui conseilla de garder le repos sur une chaise longue. Le conseil ayant été plus ou moins bien suivi, il survint, au septième mois, une hémorrhagie peu considérable, qui était guérie après quatre jours. Cinq semaines après, le travail de l'accouchement s'établit, et l'enfant vint vivant et vit encore. La malade fut délivrée sans difficulté; on la coucha avec beaucoup de précaution, mais bientôt elle accusa de violentes douleurs dans le bas-ventre. M. Depaul crut à l'existence de caillots sanguins dans l'utérus; il en retira quelques-uns, mais trouva peu de sang. Très-peu de temps après, la malade accusa de nouveau de vives douleurs dans le ventre et la région du cœur, accompagnées d'un sentiment de brûlure pendant les contractions utérines, et d'un état nerveux caractérisé par des malaises, des défaillances, de la crainte de la mort, le refroidissement des extrémités, des sueurs et une douleur poignante vers la colonne vertébrale. Toutes les cinq minutes, il vit se renouveler ces contractions et les mêmes accidents nerveux. Peu à peu, ils firent des progrès rapides, et la mort eut lieu en trois heures. M. Depaul a ajouté que, deux fois déjà, il avait vu mourir ainsi de nouvelles accouchées, avec des circonstances qui n'ont été signalées ni dans les livres, ni dans les journaux de notre époque. C'est donc un devoir pour nous d'appeler l'attention sur la possibilité de ces faits.

**BAINS SULFUREUX** (*Bons effets des) dans la diathèse suppurante.* Nous parlions dernièrement de ces écoulements purulents qui se font par les membranes muqueuses, chez les enfants, dans le cours ou à la suite des maladies de nature septique, des fièvres éruptives, par exemple, de la scarlatine; c'est une espèce de diathèse suppurante qu'on voit quelquefois se développer dans les cas de ce genre. M. Trousseau parlait, il y a peu de temps, dans une de ses leçons cliniques, d'une petite fille, entrée à l'hôpital avec une stomatite conenneuse, un lichen et des pustules assez nombreuses d'impétigo, qui fut prise de scarlatine et chez laquelle, au déclin de l'éruption, le lichen et l'impétigo devinrent ecthymateux, en même temps que les plus légères excoriations de la peau offraient une tendance manifeste à la suppuration. Pour combattre cette diathèse, il n'est pas de médication plus efficace, selon M. Trousseau, que l'emploi des bains sulfureux. Ces bains ont donc été prescrits à la petite malade et préparés de la manière suivante :

Pr. Sulfure de potassium
solide............ 15 grammes.
Eau.............. 190 grammes.

Dissolvez et ajoutez la solution à l'eau des bains (la dose de sulfure de potassium pour les enfants doit être de 15 à 20 grammes, sans aller au delà). Grâce à cette médication, aidée d'un régime tonique, la tendance à la suppuration a diminué en moins d'une semaine, et bientôt on n'a eu à traiter qu'un lichen revenu à son état de simplicité, mais contre lequel, en raison du caractère opiniâtre de cette maladie, il a fallu employer plusieurs médications.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*, et *Journal de méd. de Bruxelles*. Juill.)

---

**CATARACTE** (*Modification apportée à l'opération de la*) *par abaissement.* Cette modification que propose d'apporter à cette opération un chirurgien distingué de Philadelphie, M. le professeur Pancoast, et à laquelle il donne le nom de méthode de déplacement par traction latérale, s'applique surtout aux cataractes dures, pour lesquelles, comme on sait, la méthode par abaissement échoue fort souvent, tant parce que le cristallin se relève et reprend sa place, que par suite de la déchirure des connexions mécaniques des membranes internes de l'œil, de la lésion de l'iris et des parois ciliaires, causée par l'aiguille ou par la pression du cristallin, ou enfin des accidents inflammatoires aigus ou chroniques, qui conduisent également à la cécité. Voici donc comment M. Pancoast procède :

Il a d'abord la précaution, quelques jours avant l'opération, de maintenir l'iris dilaté par la belladone. Il ponctionne la sclérotique à une distance presque égale au diamètre du cristallin derrière le bord de la cornée. L'aiguille qu'il emploie est modelée sur celle de Scarpa, mais avec une courbe plus longue et plus brusque, et réduite à son plus petit volume, dans le but de léser aussi peu que possible les parties internes du globe de l'œil. D'après M. Pancoast, la courbe de l'aiguille doit se rapprocher de l'angle droit. Après lui avoir fait traverser le corps vitré, il la dirige en avant comme d'habitude, de manière à venir pénétrer dans la chambre antérieure entre le bord du cristallin et le corps ciliaire, dans un point où la tunique hyaloïdienne forme seule, suivant toutes probabilités, la partie postérieure de cette chambre, et en évitant de toucher aux procès ciliaires de l'iris. Après avoir divisé, comme d'ordinaire, la capsule du cristallin, il plonge le crochet au centre de cette lentille; mais, au lieu de le coucher comme dans le procédé ordinaire de l'abaissement, il l'entraîne peu à peu et horizontalement en arrière, en lui faisant suivre le trajet par lequel a passé l'aiguille, jusqu'à l'ouverture faite à la sclérotique. Puis le manche est abaissé et l'aiguille retirée. Par ce procédé, on fait très-peu de désordre dans l'œil, et le cristallin reste dans l'intérieur de la tunique hyaloïdienne, sans être en contact avec quelques uns des tissus les plus délicats du globe de l'œil, et sans aucune tendance à reprendre son ancienne situation. J'ai déplacé plusieurs fois, de la même manière et avec le même succès, ajoute M. Pancoast, les cataractes capsulaires secondaires. Si, par hasard, le cristallin est mou, on ne peut plus le déplacer, mais on peut facilement, avec la même aiguille, le broyer sur place. Mais dans le cas de cataracte dure chez les vieillards, la forme la plus fréquente peut-être et qui s'accompagne ordinairement de diminution de volume, le déplacement par ce procédé, à l'aide de l'aiguille qui vient d'être décrite, constitue une opération des plus faciles et des plus satisfaisantes qu'on puisse mettre en usage. (*Trans. of American med. Assoc.*, t. III, p. 365.)

---

**ENTORSE** (*Emploi de l'eau chaude contre l'*). En donnant place ici à la pratique qu'un chirurgien américain, M. Jackson, dit avoir employée avec le plus grand succès, nous ne songeons nullement à discréditer celle presque généralement adoptée, et dont l'adoption est certainement légitimée par une expérience presque toujours heureuse, qui consiste dans les applications froides. Mais dans les maladies même les plus simples, il importe que le médecin ne soit pas désarmé, qu'il ait à sa disposition des moyens variés pour remplir les indications, et ce fait que quelques personnes ne peuvent supporter le froid sans en éprouver des accidents nerveux, donne une certaine importance à la pratique de M. Jackson. Voici, du reste, en quoi elle consiste : Il fait placer le membre blessé dans un bain d'eau aussi chaude que le malade la peut supporter, et il fait entretenir avec soin la température en ajoutant de l'eau chaude aussitôt que celle-ci commence à se refroidir. La douleur, quelque intense qu'elle soit au moment de l'immersion, se calme presque immédiatement, et au bout d'environ une heure, elle a entièrement cédé. On fait alors coucher le patient, le membre étant élevé, et après avoir laissé écouler quelques heures, on l'enveloppe de linges mouillés d'eau froide. En peu de jours, la guérison est complète. Si le médecin ne peut agir qu'après

que l'inflammation s'est déjà développée, c'est une contre-indication formelle à l'emploi des applications chaudes; mais il ne faut pas prendre pour une inflammation le gonflement resultant d'une extravasation sanguine qui s'opère presque instantanément après l'accident. C'est aussi pour prévenir l'inflammation qu'il faut appliquer ensuite sur l'articulation des topiques réfrigérants, même alors que la douleur a été entièrement calmée par le bain d'eau chaude. — On voit que cette pratique ne s'éloigne pas au fond, autant qu'on aurait pu le supposer, de celle généralement recommandée et à l'adoption de laquelle M. Baudens a travaillé avec tant de persévérance et de raison. Les applications chaudes ne sont recommandées que pendant la première heure, et à ce moment, c'est-à-dire à l'époque où l'on peut craindre que l'inflammation ne se développe, le membre est mis sur un plan incliné et entouré de linges mouillés d'eau froide. Cette dernière précaution, sur laquelle l'auteur insiste avec raison, met à l'abri de l'inflammation que les applications chaudes ne manqueraient pas d'exaspérer, si elles étaient faites à une époque éloignée de l'accident. (*American journal of med.*, et *Gaz. méd.* Juillet).

---

**HYDARTHROSE** (*Traitement de l'*) *par la pommade ammoniacale, l'étoupe et le taffetas gommé.* Ce traitement que l'auteur, M. Anache, dit avoir employé avec le plus grand succès dans douze cas depuis quelques années, mais à la vérité, le plus souvent, dans des cas d'hydropisie articulaire dus à une cause externe, est le suivant : on étend sur une compresse assez grande pour couvrir les parties latérales et antérieures de l'articulation, une pommade qui se compose comme il suit :

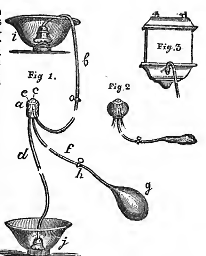
| | |
|---|---|
| Axonge.................. | 32 grammes. |
| Ammoniaque liquide.. | 4 grammes. |

Il faut avoir soin de surveiller cette application, afin d'éviter la vésication, ce qui est un point très-essentiel, et de ne produire qu'une forte rubéfaction, qu'on obtient en dix ou quinze minutes. On retire alors la compresse et on enlève avec précaution toute la pommade qui reste attachée à la peau. On couvre la tumeur de lin ou d'étoupe, en assez grande quantité, que l'on maintient au moyen d'une pièce de taffetas gommé et d'une bande. Il survient incontinent une chaleur considérable, mais très-supportable, et il s'établit localement une transpiration qui humecte parfois le lin, comme s'il avait été trempé dans un liquide. Cette opération se renouvelle tous les jours, jusqu'à résolution complète de l'épanchement. Le repos au lit est d'une grande importance. Il survient quelquefois de petites vésications pendant l'emploi de la pommade; on ne peut pas toujours les éviter. Pour continuer les applications journalières de la pommade ammoniacale, on recouvre les points dénudés avec des morceaux d'emplâtre de diachylon. « Quoique cette méthode soit très-efficace, dit l'auteur, et que j'aie obtenu la guérison dans un cas où, après avoir employé pendant deux mois une infinité de moyens sans obtenir la résolution de l'épanchement, on avait fini par faire la ponction, à laquelle on avait ajouté sans succès l'injection iodée; elle ne convient pas dans quelques cas où l'hydropisie du genou reconnaît pour cause une irritation érysipélateuse, le rhumatisme aigu ou chronique, et s'accompagne d'une grande douleur, de chaleur et de douleur ; mais après la disparition de ces phénomènes morbides, elle reprend son efficacité en réveillant l'action des absorbants. » (*Archives belges de médecine militaire.*)

---

**IRRIGATEUR** (*Nouvel*) *vaginal.* Nous avons signalé déjà aux praticiens les ressources nombreuses que fournit le caoutchouc vulcanisé : l'appareil que M. Maisonneuve vient de présenter à l'Académie en est un nouvel exemple; c'est un irrigateur qui permet aux malades atteints d'affections de l'utérus de pratiquer, dans l'intérieur du vagin, des irrigations continues, en restant couchées dans leur lit ou sur une chaise longue, et sans mouiller en aucune façon leur lit ou leurs vêtements. Cet instrument (fig. 1) consiste en un long siphon *b, a, d*, en caoutchouc vulcanisé, muni à son extrémité vaginale : 1° d'une ampoule dilatable *a*, qui retient l'eau dans l'intérieur du vagin et l'empêche de s'écouler par la vulve; 2° d'un tuyau de décharge *d* destiné à conduire, dans un vase préparé à cet effet *f*, l'eau qui a baigné le col

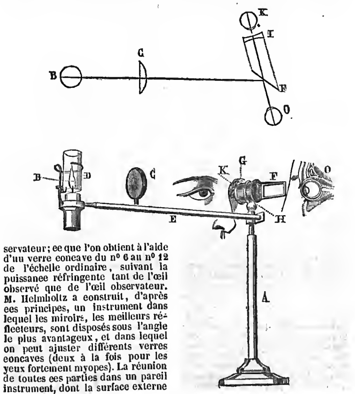
de l'utérus. La manière de s'en servir est fort simple. 1° Près du lit où doit reposer la malade; on dispose une table sur laquelle on place une chaise, et sur cette chaise on met un seau d'eau tiède; 2° on remplit d'eau le siphon flexible *b* ; puis, après avoir fermé le robinet d'écoulement, on plonge dans le seau *t* l'extrémité du siphon garnie d'un suçoir. 3° La malade, couchée sur son lit, introduit elle-même dans le vagin l'extrémité ampoulaire *a* du siphon; elle dilate ensuite l'ampoule, en pressant sur le réservoir d'air *g*, et maintient cette dilatation en fermant le robinet *h*. 4° Enfin, elle dépose l'extrémité du tuyau de décharge dans une cuvette vide, et elle ouvre le robinet d'écoulement. L'eau contenue dans le vase supérieur *t* (ou un réservoir spécial, fig. 3) coule dans le vagin : retenue dans cet organe par l'ampoule dilatée (fig. 2) elle baigne le col de l'utérus et s'écoule par le tuyau de décharge, sans mouiller aucunement les parties extérieures, ni les garnitures du lit : la figure ci-contre montre l'appareil en action. M. Maisonneuve, en présentant cet appareil, affirme que les irrigations prolongées, faites avec cet appareil, lui ont donné d'excellents résultats dans un grand nombre d'affections graves de l'utérus, et spécialement dans les maladies inflammatoires. (*Compte-rendu de l'Acad. de méd.*, juillet.)




**ONGLE INCARNÉ** (*Traitement de l') par l'alun calciné.* Ce traitement, auquel Dupuytren a fait allusion dans ses leçons orales, et que son auteur, le docteur Sommé, chirurgien en chef de l'hôpital Sainte-Elisabeth d'Anvers, emploie depuis une trentaine d'années avec un succès presque constant, quand les malades sont assez dociles et assez patients pour le supporter, consiste à faire pénétrer, avec un stylet aplati, de l'alun calciné aussi profondément qu'il est possible entre les chairs et l'ongle, et à enlever avec précaution la croûte qui se forme, d'abord deux fois par jour, ensuite tous les jours. Si on laissait la croûte formée par l'alun, la matière purulente resterait enfermée sous elle, et la maladie persisterait; on n'obtiendrait d'autre résultat que de fatiguer le malade et l'empêcher de continuer ce remède. Quoique simple et de facile application, il demande beaucoup d'attention et de persévérance. La poudre ainsi renouvelée dessèche les chairs fongueuses; cette dessiccation se fait peu à peu, l'ongle se raffermit, cesse de croître, et l'on obtient une guérison plus ou moins solide. Si l'on cesse trop tôt le remède, la maladie peut se renouveler; il ne faut donc pas l'abandonner avant que la dessiccation soit complète. Il faut aussi s'abstenir pendant le traitement de cataplasmes ou de bains de pied, toute humidité étant nuisible.— Nous avons cru devoir faire connaître avec détails le traitement de M. Sommé, parce que ce traitement est éprouvé par des succès nombreux, qu'il est d'une application facile, peu douloureux, et que suivi avec persévérance il amène presque certainement la guérison. Cela ne veut pas dire que nous rejetions les autres traitements. Force est bien, quand par hasard celui-ci a échoué ou quand le malade ne peut ni ne veut se soumettre à une cure un peu prolongée, d'employer d'autres moyens; mais nous ne saurions trop recommander le traitement suivi par M. Sommé dans les circonstances ordinaires. (*Annales de la Soc. méd. d'Anvers*, juin 1852.)

**OPHTHALMOSCOPE**; *Miroir oculaire pour l'exploration de la ré-*

*tine.* Ce serait certainement une grande amélioration dans l'étude de l'ophthalmologie, que de pouvoir apprécier physiquement les diverses altérations de la rétine, celles de l'humeur vitrée, etc. Nous devons donc une mention spéciale aux divers miroirs oculaires que M. le professeur Helmholtz, de Kœnigsberg, et M. Follin viennent d'imaginer, chacun en particulier, pour l'exploration de la rétine. Ce qui fait que le fond de l'œil paraît complétement noir, bien que les vaisseaux de la rétine, le lieu d'insertion du nerf optique et la rétine elle-même réfléchissent la lumière, c'est que les rayons lumineux qui frappent un point donné de la rétine, pour autant qu'ils sont réfléchis, se réunissent en dehors de l'œil précisément dans le point même d'où ils sont partis, et que, par conséquent, dans chaque position, ce ne sont que les rayons de sa propre pupille noire qui reviennent dans la pupille de l'œil de l'observateur. Ainsi donc, pour examiner la rétine, il faut que le regard puisse plonger dans l'œil, selon la direction suivie par la lumière qui y entre. Pour réaliser cette condition, rien de plus simple : diriger le regard dans l'œil à travers le verre même qui sert de miroir réflecteur. Mais pour obtenir, avec ce moyen, des images bien nettes de la rétine, il faut que les rayons lumineux qui partent d'un point de cette membrane se réunissent dans un même point de la rétine observatrice. Or, comme ces rayons réfléchis atteignent la cornée de l'œil observé en divergeant légèrement, ils tombent en convergeant sur la cornée de l'observateur; ils se réunissent donc avant d'arriver à la rétine. Il s'agit, par conséquent, de les rendre parallèles, ou légèrement divergents, avant qu'ils frappent l'œil de l'observateur; ce que l'on obtient à l'aide d'un verre concave du n° 6 au n° 12 de l'échelle ordinaire, suivant la puissance réfringente tant de l'œil observé que de l'œil observateur. M. Helmholtz a construit, d'après ces principes, un instrument dans lequel les miroirs, les meilleurs réflecteurs, sont disposés sous l'angle le plus avantageux, et dans lequel on peut ajuster différents verres concaves (deux à la fois pour les yeux fortement myopes). La réunion de toutes ces parties dans un pareil instrument, dont la surface externe



est tapissée de velours noir, est surtout indispensable, puisque toute lumière étrangère doit être écartée de l'œil observateur, la lumière réfléchie n'étant pas vive.

Dans l'appareil de M. Follin, dont nous donnons la représentation à nos lecteurs, une bougie B, placée en arrière d'une lentille C, envoie un faisceau de rayons lumineux sur une plaque de verre F à surfaces parallèles, disposée obliquement, de façon à les renvoyer dans l'œil à explorer, tandis que l'observateur regarde directement à travers cette plaque, en s'aidant d'un verre concave accommodé à sa propre vue; le tout est fixé sur un support invariable, et l'exploration doit toujours se faire dans une chambre obscure.

Le dessin schématique placé au-dessus indique qu'un rayon lumineux parti de B, traversant la lentille C, arrive sur le verre plan F, qui, en raison de son degré d'inclinaison, le dirige vers l'œil O. Ce rayon lumineux se réfléchit de nouveau à la surface profonde du globe oculaire O, traverse la lunette IF et se dirige vers l'œil de l'observateur K. Cet instrument se compose d'un oculaire bi-concave I adapté à la portée de la vue de la personne qui observe.

On voit que c'est au fond l'appareil de M. Helmholtz : l'addition essentielle est celle de la lentille C, qui concentre les rayons lumineux. Grâce à cet appareil, le fond du globe oculaire est éclairé d'une lumière douce, partout d'une égale intensité. Ce n'est plus, comme dans l'appareil du professeur allemand, l'image d'une flamme qui réfléchit dans l'œil, et n'éclaire que des parties très-restreintes de la rétine. La fixité de l'appareil, la projection constante et toujours égale des rayons lumineux, ont permis à M. Follin d'apercevoir le réseau sanguin de la rétine, le centre vasculaire de cette membrane, l'affaiblissement momentané des vaisseaux sanguins, sans qu'il ait pu, cependant, distinguer ni les battements rhythmiques, ni la tache jaune aperçus par M. Helmholtz. Quelques faits pathologiques, observés par M. Follin, sont également de nature à faire penser qu'à l'aide de cet appareil on pourra apprécier l'état de congestion de la rétine, les productions cancéreuses qui débutent parfois à sa surface, et aussi l'état de l'humeur vitrée et du cristallin. (*Annales d'oculistique*, et *Bull. de la Soc. de chir.*, 1852.)

---

POLYPE *pharyngien tombé en gangrène par suite d'une pression momentanée de son pédicule.* Une remarque avait été faite depuis longtemps, à savoir que dans certains cas de polypes utérins où la ligature avait été appliquée sur le collet de la tumeur et n'avait pu être supportée plus de quelques heures, la tumeur, malgré l'enlèvement de la ligature, s'était détachée et était tombée quelques jours après, comme si la constriction brusque exercée sur le pédicule l'eût frappée en quelque sorte de mort. Quelques auteurs avaient pensé à généraliser cette méthode, mais les insuccès qu'elle a présentés dans quelques cas y ont fait renoncer, et l'on n'y a eu recours que pour ainsi dire contraint et forcé, lorsque, par une circonstance quelconque, on était obligé à ne pas laisser la ligature en place plus de quelques heures. Toujours est-il que ces faits sont de nature à ne pas faire désespérer du succès de l'opération, par cela même que la ligature a tombé trop tôt ou n'a pas pu être supportée par les malades. Voilà un fait intéressant du même genre, seulement il s'agit ici d'un polype du pharynx, c'est-à-dire d'un de ces polypes sur lesquels il est souvent très-difficile d'agir d'une manière permanente.

Appelé en 1847 à donner des soins à un jeune garçon de seize ans, qui portait dans le pharynx une tumeur d'un volume supérieur à celui d'un œuf de poule, dure, rénitente, de consistance fibreuse, aplatie d'avant en arrière, fixée à la base de l'apophyse basilaire par un pédicule résistant, de consistance fibreuse, de la largeur du doigt indicateur, mais plus aplati, M. Thierry trouva cette tumeur se prolongeant en bas et allant jusqu'à l'origine de l'œsophage; le larynx était déprimé et porté en avant, ainsi que l'os hyoïde et la langue; la mâchoire inférieure était aussi portée en avant, et les dents incisives inférieures venaient se placer au-devant des supérieures. La respiration était difficile, anxieuse, très-bruyante. Quand on soulevait le polype pour le faire venir dans la cavité buccale, les orifices respiratoires étaient oblitérés et le malade était sur le point de suffoquer. M. Thierry fut d'avis qu'il fallait pratiquer une opération;

il choisit la torsion bornée et l'excision, la première devant être exécutée à l'aide d'une érigne enfoncée près du pédicule, et si elle eût été insuffisante pour rompre le pédicule, celui-ci eût été coupé avec des ciseaux. Pour borner la torsion, une pince contondante avait été fabriquée par M. Charrière, en forme de pince à anneaux, mais avec deux condures, une première plus longue, commençant presque immédiatement au delà de l'articulation des branches, et une seconde beaucoup plus courte, dirigée dans le même sens, de manière à former une ligne brisée circonscrite à une même courbe, terminée par des mors dont l'un, creusé sur la convexité d'une cannelure garnie de dents mousses, et l'autre venant s'appliquer à cette cannelure par sa concavité, également garnie de dents mousses. Avant de faire l'opération, il voulut essayer cette pince; il l'introduisit dans l'arrière-gorge, saisit le pédicule et serra très-légèrement. Dans cette manœuvre, la tumeur fut portée en avant, et quoique la manœuvre eût été faite rapidement, le malade eut un instant de suffocation. Effrayé, il ne revint plus, et l'auteur ne le revit pas de plusieurs années. Quel fut l'étonnement de M. Thierry de ne plus trouver alors le polype et d'apprendre que quinze jours après l'introduction de la pince contondante, une portion de la tumeur s'était détachée et était tombée dans l'œsophage; elle s'était séparée ainsi en vingt ou trente parties que le malade avala successivement, et en deux mois elle avait complétement disparu, sans hémorrhagie et sans aucun mauvais goût dans la bouche, qui pût indiquer la décomposition de la tumeur. Néanmoins, les déformations qui coïncidaient avec la présence du polype n'avaient pas disparu. (*Revue clinique*, et *Revue méd.-chir.*, juillet.)

---

**SOUFRE** (*Du danger qu'il y aurait à administrer le*) *sous la forme prétendue nouvelle de soufre brun visqueux.* Nous avons fait connaître en son temps (t. XL, p. 237), d'après M. Hannon, un état particulier du soufre, auquel ce médecin proposait de donner le nom de soufre brun visqueux, et auquel il reconnaissait des propriétés stimulantes autrement promptes et énergiques que celles du soufre jaune et solide, et une activité presque spéciale contre la goutte et le rhumatisme chronique, les dartres rebelles, les toux chroniques et les engorgements scrofuleux. On se rappelle que M. Hannon avait donné deux procédés de préparation, l'un consistant à traiter le sulfure de cuivre par l'eau régale; l'autre consistant à faire un mélange de deux parties de sel marin et deux parties de nitrate de potasse avec une partie de sulfure de cuivre, à verser sur ce mélange de l'acide sulfurique jusqu'à cessation d'effervescence. Eh bien! il résulterait d'une lettre insérée dans la Gazette des hôpitaux, par un pharmacien distingué de Paris, M. Gille, que le soufre brun visqueux n'existerait pas comme état particulier du soufre, mais bien comme mélange du soufre et d'une assez grande quantité de sulfure de cuivre (moitié environ). En presence de cette assertion et des graves dangers qui pourraient résulter de l'emploi du prétendu soufre brun administré à l'intérieur, dans les affections du poumon, etc., il nous est impossible de ne pas donner place ici aux remarques critiques de M. Gille.

Invité par M. le docteur Declat de Rehout à lui préparer du soufre brun visqueux, d'après la formule de M. Hannon, M. Gille mit en contact 150 grammes de sulfure de cuivre avec 500 grammes d'eau régale. La décomposition du sulfure s'effectua avec la plus grande rapidité, et bientôt il obtint une masse spongieuse, très-souple, visqueuse, toute boursouflée et surnageant la liqueur. Lorsque la réaction parut terminée, cette matière fut enlevée et mise en contact avec une nouvelle quantité d'eau régale, dont l'action très-énergique sépara encore une certaine quantité de cuivre, retenue dans cette matière élastique et glutineuse, en tout semblable à de la gutta-percha ramollie dans l'eau chaude. Après un troisième traitement par l'eau régale, cette masse élastique devint de plus en plus cornée et difficile à manier. En continuant de la traiter par l'eau régale, il parvint à enlever encore une assez grande quantité de cuivre; mais, contrairement à l'assertion de M. Hannon, la viscosité de cette matière diminuait à mesure que sa pureté augmentait, de telle sorte que, complétement débarrassée du cuivre qui s'y trouvait mélangé, ce n'était plus que du soufre jaune, en tout

semblable au soufre précipité, depuis longtemps indiqué dans tous les ouvrages de chimie. Le second procédé n'a pas donné d'autre résultat, lorsque le sulfate de cuivre a été complétement décomposé. Ce que nous devons ajouter, c'est que la pommade au soufre brun visqueux, préparée d'après la formule de M. Hannon, a paru avoir une influence favorable sur l'affection cutanée rebelle, pour laquelle M. Declat en avait fait usage; mais ayant essayé, sur l'avis de M. Gille, une pommade contenant d'abord 0,25 de bi-oxyde de cuivre pour 30 grammes d'axonge, et en augmentant successivement la dose de bi-oxyde jusqu'à 1 gramme pour 30 grammes, sous l'influence de ce médicament, l'affection cutanée, ancienne et rebelle, céda complétement. Ce fait semble éclaircir un peu les effets surprenants attribués à ce soufre brun visqueux, et prouver l'efficacité des préparations de cuivre dans certaines affections de la peau. (*Gaz. des Hôpitaux*, juillet.)

---

**SURDITÉ** (*De la valeur des injections médicamenteuses dans l'oreille moyenne, comme moyen de traitement de la*). Rien de plus naturel, sans doute, que la défiance dans laquelle le public médical tient les moyens préconisés par les spécialistes. Trop souvent pour s'être fiés à leurs décevantes promesses, les médecins ont eu à subir des déboires amers, et à regretter d'avoir si mal placé leur confiance; mais il ne faudrait pas aller d'un extrême à l'autre, et rejeter aveuglément et par avance les ressources nouvelles qui peuvent être fournies par des hommes qui cultivent plus particulièrement telle ou telle branche de la science, surtout lorsque le nom de ces hommes est entouré d'une auréole d'honneur et de loyauté. Ces réflexions nous sont suggérées par un mémoire que vient de publier sur le traitement de la surdité. M. le docteur Marc d'Espine, médecin de l'institut des sourds et muets de Genève. Il y a un mois à peine, nous publiions un travail de M. Forget, dans lequel ce professeur, rejetant le cathétérisme de la trompe d'Eustache, et proposant de le remplacer par l'insufflation d'air pratiquée par le malade lui-même, anathématisait comme une pratique dangereuse l'injection des substances médicamenteuses dans la cavité tympanique. Or, M. Marc d'Espine professe une opinion diamétralement opposée à celle de M. Forget; il s'appuie non pas sur des assertions seulement, mais sur des faits nombreux, recueillis avec soin, qui ne peuvent laisser de doute. C'est donc pour nous un devoir de présenter à nos lecteurs un résumé des expérimentations tentées par M. d'Espine, et des résultats qu'il en a obtenus.

Disons, avant tout, ce que M. d'Espine a retiré des insufflations d'air. Ces résultats serviront à faire mieux saillir les avantages des injections médicamenteuses. M. d'Espine est loin de contester l'utilité de ce moyen, et c'est même par lui qu'il commence. Sur sept individus qu'il a traités uniquement par les douches d'air, deux étaient des vieillards; l'un a obtenu une légère amélioration après deux séances; chez l'autre, insuccès complet après quatre séances; chez deux enfants, amélioration immédiate après deux ou trois séances, qui s'est confirmée ensuite; chez un troisième enfant, amélioration progressive, malgré une perforation des deux tympans; sur un sixième malade, qui savait pratiquer lui-même l'insufflation pharyngienne, mais chez lequel elle ne produisait aucun effet sensible sur l'ouïe, le cathétérisme avec douche d'air, pratiqué de deux en deux jours, a amené chaque fois un extension d'ouïe de quelques pouces, et l'oreille malade est devenue égale à l'autre. Enfin, chez une femme de quarante-huit ans, une seule douche d'air qui était suivie d'une sensation brusque de débouchement, a guéri entièrement d'une surdité double et assez intense. En dehors de ces sept cas, vingt-quatre ont aussi éprouvé tous quelque avantage de la douche d'air; mais chez plusieurs, après un certain temps, l'amélioration est restée stationnaire, ou bien ne s'est pas maintenue; de sorte que M. d'Espine a été obligé d'en venir à d'autres moyens, parmi lesquels les injections médicamenteuses ont réussi le plus ordinairement.

M. Marc d'Espine a injecté divers liquides dans l'oreille moyenne: une solution de potasse caustique à divers degrés de concentration (le degré le plus convenable est celui où la solution détermine un léger picotement à la langue, sur laquelle on

en fait couler quelques gouttes), l'éther liquide, une solution de strychnine dans l'acide ou l'éther acétique (de 1/35 à 1/12 de grain pour chaque oreille), la teinture alcoolique de noix vomique, une solution alcoolique ou aqueuse et acétique de vératrine (de 1/144 à 1/22 de grain pour chaque oreille), de l'eau de lavande, de la teinture de valériane, de l'alcool camphré mélangé d'eau, etc. De tous ces moyens, les seuls qui aient donné de bons résultats à M. d'Espine sont les injections de potasse caustique, l'éther liquide et la vératrine, employés à un degré de concentration modérée. La solution potassique ne produit pas une douleur vive dans l'oreille moyenne; non-seulement, on voit augmenter la sécrétion des trompes les plus sèches au début, mais elles deviennent encore plus perméables. Les injections potassiques sont donc susceptibles de rendre de bons services dans le traitement de la surdité. Plusieurs malades, dit M. d'Espine, ont dû leur amélioration, et quelques-uns leur guérison, à ce seul moyen. D'autre part, la potasse m'a paru exercer peu d'influence sur les bruits de l'oreille qui accompagnent si fréquemment la surdité, et en sont une des complications les plus désagréables. L'éther sulfurique remplit cette lacune. A la vérité, l'impression que produit l'éther liquide en entrant dans l'oreille moyenne est très-vive et très-rapide. Souvent le malade pousse un cri, fait un mouvement brusque avec la tête, porte vivement la main à l'oreille.

Mais la douleur est aussi courte que vive : en deux ou trois secondes, la douleur vive a cessé pour faire place à une douleur plus supportable, laquelle s'affaiblit graduellement; de façon qu'au bout de deux minutes elle se réduit à une simple sensation pénible, et que, dans la plupart des cas, il n'en reste plus aucune trace au bout d'une demi-heure.

L'effet thérapeutique immédiat produit par l'insufflation de l'éther sulfurique liquide dans l'oreille moyenne est presque toujours la suspension, ou au moins l'affaiblissement prononcé des bruits dans les cas de surdité qui s'accompagnent de ce désagréable symptôme. Souvent les bruits reprennent leur intensité et leur rhythme accoutumé une heure ou deux après l'opération; quelquefois ce n'est que le lendemain; quelquefois aussi dès la première heure l'amélioration est permanente. Mais ce que je puis dire, ajoute M. d'Espine, c'est que chez plusieurs sourds, les insufflations répétées journellement pendant la deuxième semaine ont diminué, rendu intermittents ou fait disparaître entièrement des bruits opiniâtres et d'origine assez ancienne.

La vératrine étant une substance excessivement irritante, ne peut être administrée qu'en commençant par des solutions très-étendues (1/144e de grain en commençant, comme il a été dit plus haut). A cette dose la sensation est médiocre; il y a pourtant un peu d'irritation dans l'oreille qui l'a reçue; le gosier reçoit une impression un peu âcre; mais à 1/36e, 1/24e, 1/12e de grain, surtout, la douleur est extrêmement vive, toux convulsive, spasme du pharynx, éternuements. Quant à l'effet thérapeutique de la vératrine, les résultats que M. d'Espine a obtenus sont encourageants. Sur les onze individus chez lesquels il a essayé cette substance, presque toujours après avoir employé suffisamment la potasse et l'éther pour avoir épuisé leur action, cinq individus en ont éprouvé une amélioration plus ou moins marquée, et parmi eux se trouvait un jeune homme dont une oreille, entièrement sourde depuis dix-sept ans, réveillée par l'action de l'éther, puis améliorée par la strychnine, fut encore notablement avivée par la vératrine.

C'est au moyen du cathéter introduit dans la trompe d'Eustache, et à l'aide de l'insufflation avec la vessie de caoutchouc, que M. d'Espine pratique ces injections; seulement, au lieu d'instiller au moyen d'une seringue dans le cathéter dix ou vingt gouttes de liquide pour les pousser ensuite dans l'oreille moyenne à l'aide de l'insufflation, ainsi qu'on le fait généralement, M. d'Espine se sert de petits tubes de verre, tels que ceux qu'on emploie pour la fabrication des thermomètres; il plonge dans la solution un de ces tubes, ouvert aux deux extrémités, ferme avec le pouce l'extrémité supérieure du tube à l'entrée du cathéter, écarte alors le pouce qui fermait l'extrémité supérieure du petit tube, et aussitôt le liquide qui demeurait retenu dans le tube descend dans le cathéter, d'où la vessie

de caoutchouc, introduite et pressée fortement, chasse le liquide dans l'oreille moyenne. Ce procédé a l'avantage de permettre de réduire à de très-petites quantités et de doser très-exactement les liquides injectés. De cette manière, on ne peut pas dépasser en liquide injecté la capacité des trompes et de l'oreille moyenne, et l'on évite le reflux des liquides irritants dans la gorge. (*Arch. de méd.*, avril.)

**TRACHEOTOMIE** *pratiquée pendant le sommeil chloroformique dans un cas de croup.* Une opération de trachéotomie, pratiquée il y a quelque temps sur un enfant affecté de croup, par un chirurgien anglais, M. Smith, et avec la participation d'un des hommes dont le nom fait autorité relativement à l'emploi des anesthésiques, M. Snow, qui a endormi le petit malade en lui faisant respirer le chloroforme, soulève une des questions chirurgicales les plus graves. Faut-il, en effet, renoncer aux bienfaits des inhalations anesthésiques dans les cas où il s'agit d'opérations que l'on pratique dans l'arrière-bouche et dans la partie supérieure des voies aériennes, ainsi que le recommandent le plus grand nombre des chirurgiens? Les opérations de ce genre exposant les malades à recevoir une certaine quantité de sang dans le fond de la gorge, les chirurgiens ont craint que, n'étant plus averti par la sensation particulière occasionnée par la présence du corps étranger, il ne pût se livrer aux efforts d'expuition convenables et qu'il n'en résultât des accidents d'asphyxie. Malgré ces craintes, fort légitimes à certains égards, quelques chirurgiens, parmi lesquels MM. Gerdy, Amussat, Sédillot, ont pu extraire des polypes, exécuter diverses opérations dans le voisinage de la glotte, chez des individus anesthésiés, sans qu'il en résultât d'inconvénients, en ayant la précaution, à la vérité, de ne pas pousser l'action anesthésique au delà du deuxième degré de la période d'éthérisme animal, et en faisant pencher, de temps en temps, la tête du malade en avant, en l'engageant à faire quelques efforts d'expuition pour expulser le liquide contenu dans l'arrière-bouche. Que l'on redoute l'anesthésie dans les cas où des liquides peuvent tomber dans la gorge; que l'on n'y ait pas recours non plus dans les opérations où l'on a besoin, jusqu'à un certain point, de la participation des malades, comme pour la staphyloraphie, par exemple, nous le comprenons encore; mais la même exclusion doit-elle peser sur les anesthésiques, relativement à la trachéotomie, opération dans laquelle on a si peu à craindre la pénétration des liquides dans les voies aériennes? Telle est la question que soulève le fait suivant, publié par M. Smith :

Appelé le 11 août dernier auprès d'un enfant affecté du croup pour lui pratiquer la trachéotomie, ce chirurgien ne crut pas que l'indication fût assez pressante : d'atermoiement en atermoiement, on perdit ainsi plus de vingt-quatre heures. L'enfant était alors dans l'état le plus grave : respiration extrêmement laborieuse, muscles respirateurs se contractant convulsivement, voix entièrement éteinte; affaiblissement graduel; râles dans la partie moyenne du poumon droit. Avant d'en venir à l'opération, on donna un nouveau vomitif, qui n'eut pas plus de succès que les précédents. Alors M. Smith se décida à agir; M. Snow était présent; il pratiqua la chloroformisation, qui fut complète en très-peu d'instants et s'opéra sans la moindre difficulté. L'opération fut d'une grande simplicité, et la trachée ouverte, il s'échappa immédiatement du mucus en abondance et une grande quantité de fausses membranes; aussitôt cette expulsion opérée, la respiration devint calme et tranquille : elle continua ainsi pendant près de vingt-quatre heures; puis l'enfant tomba dans une espèce d'engourdissement asphyxique, et succomba sans agonie quarante heures après l'opération. L'autopsie montra que la mort était due à la présence de fausses membranes qui couvraient tout l'arbre bronchique, jusque dans ses dernières ramifications.

Ce n'était donc pas à l'opération non plus qu'aux suites des inhalations, que la mort a été due dans le cas précédent; et la seule objection qu'on puisse adresser à la pratique des inhalations dans les cas de ce genre, c'est que la respiration, déjà si gênée, pourrait peut-être éprouver une gêne nouvelle et l'asphyxie avoir lieu avant que l'opération pût être pratiquée. Nous ne chercherons pas à affaiblir la portée de cette objection, qui nous paraît assez grave

pour faire renoncer aux inhalations dans tous les cas où la gêne de la respiration est excessive. Mais nous devons en même temps, et pour être juste, faire connaître les motifs sur lesquels M. Snow s'appuie pour ne pas exclure les anesthésiques de la pratique de la trachéotomie. Suivant ce médecin, le chloroforme employé avec prudence et à dose modérée ne diminue pas la force des mouvements respiratoires ; il résulte, en outre, de ses expériences, qu'il ne faut pas, aux personnes anesthésiées, une plus grande quantité d'air qu'aux personnes en santé, au contraire ; enfin, l'on évite de cette manière les mouvements convulsifs et l'agitation que la frayeur et la douleur entraînent toujours à leur suite, chez les jeunes sujets. Nous livrons ses motifs à nos lecteurs, en pensant que la question est loin d'être résolue, mais en pensant aussi que les inhalations ne présentent peut-être pas, dans les cas de ce genre, tous les dangers qu'on leur attribue. (*London med. Journ.*)

## VARIÉTÉS.

La question de la syphilisation vient de se produire devant l'Académie de médecine, par suite d'un rapport fait, par M. Bégin, sur le cas d'un médecin allemand, M. L..... dont nous avons rendu compte, il y a un an environ, lorsque ce jeune confrère s'est présenté devant la Société de chirurgie. M. Ricord a fourni quelques renseignements curieux, qui complètent cette observation. La syphilis suit chez lui son évolution classique. Il en est aux accidents tertiaires ; une exostose s'est produite sur le cubitus. Le docteur L. n'a pas voulu recourir au traitement spécifique. Il se voue en victime volontaire à toutes les conséquences de son expérimentation, qu'il veut pousser jusqu'au bout. Il a continué les inoculations, et il a dépassé aujourd'hui le nombre de deux cents. Un résultat vraiment frappant, c'est que toutes ces inoculations, pratiquées sur un organisme en proie aux plus formidables accidents de la vérole constitutionnelle, sont encore aujourd'hui suivies d'accidents primitifs et locaux : chaque inoculation donne lieu à un chancre !

Malgré le démenti flagrant qui lui est donné par ce fait, la syphilisation n'en frappe pas moins aux portes de nos hôpitaux spéciaux et demande qu'on livre à ses expériences ces malheureuses créatures que la maladie y a fait séquestrer. M. le préfet de police vient, en effet, de nommer une Commission chargée d'étudier la question de la syphilisation, comme moyen préservatif. Cette Commission, présidée par M. Mélier, président de l'Académie de médecine, se compose en outre de MM. Ricord, médecin de l'hôpital du Midi ; Marchal (de Calvi), ancien professeur au Val-de-Grâce ; Denis, médecin en chef des dispensaires de la préfecture de police, et Conneau, médecin du prince Président de la République.

Le fait de M. L. soulève un second point beaucoup plus important à nos yeux ; c'est la question de la transmissibilité des accidents secondaires, puisque le pus d'un des chancres phagédéniques semble avoir été puisé sur une ulcération secondaire de la gorge. Sur la proposition de M. le professeur Velpeau, l'Académie a décidé qu'elle scinderait la discussion en deux parties, et qu'après avoir fait la part de la syphilisation, elle examinerait ce point spécial de doctrine syphilitique. Nous rendrons compte de cette partie des débats. Nous mentionnons cependant, tout d'abord, un résultat signalé par M. Ricord, dans la suite de l'observation de M. L. Dans les salles de l'hôpital du Midi, ce médecin a rencontré du pus d'accidents secondaires de tout âge, de toute nature, de toute forme ; il s'est pratiqué d'innom-

brables inoculations avec ce pus ; jamais une seule de ces inoculations n'a été suivie de résultat. Toujours, au contraire, le pus d'un chancre primitif, inoculé, donne lieu à l'ulcération caractéristique. Jamais fait, nous ne craignons pas de le répéter, n'est plus propre à prouver l'inanité de la syphilisation, s'il ne prouve pas davantage. — Nous reviendrons sur cette discussion lorsqu'elle sera terminée.

De nombreuses mutations viennent d'avoir lieu dans le personnel des hôpitaux, par suite de la retraite de M. le professeur Serres, médecin de l'hôpital de la Pitié. M. Grisolle, médecin de l'hôpital Beaujon, est nommé médecin de cet hôpital ; M. Monneret, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, est nommé médecin de l'hôpital Beaujon ; M. Bouley, médecin de l'hôpital Bon-Secours, est nommé médecin de l'hôpital Saint-Antoine ; M. Bouchut, médecin du service de la teigne, est nommé médecin de l'hôpital Bon-Secours. M. Bourdin, médecin du Bureau central, est chargé du service de la teigne.

M. le baron Paul Dubois, doyen de la Faculté de médecine, vient d'être institué membre du Conseil de surveillance, en remplacement de M. Bérard, démissionnaire. Par suite de cette nomination, le Conseil de surveillance des hôpitaux se trouve composé de MM. le préfet de la Seine, le préfet de police, Ségalas, Herman, Monnin-Juppy, Frottin, Lallemant, Beau, de Thorigny, le comte Portalis, Horteloup, le baron Paul Dubois, Hachette; Fouché-Lepelletier, le comte de Breteuil, le marquis de Pastoret, Duvergier, Oct. Lepelletier d'Aulnay, Ferdinand Barrot.

M. Bonnafond, chirurgien-major à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, vient d'être promu au grade principal et reste attaché au même hôpital.

Notre honorable confrère, M. le docteur Duchenne, de Boulogne, a obtenu le prix décerné par la Société de médecine de Gand, sur la question suivante : « Déterminer par des faits l'utilité de l'électricité dans le traitement des maladies. »

Un concours public sera ouvert, le 8 novembre prochain, devant l'Ecole de pharmacie de Paris, pour trois places d'agrégés vacantes dans la section de chimie, de physique et de toxicologie de ladite Ecole. Les candidats nommés à la suite de ce concours entreront immédiatement en exercice.

On sait que la fièvre jaune sévit en ce moment à Rio-de-Janeiro. Le ministre de la marine, pour prévenir nos équipages des atteintes du fléau, a décidé que les bâtiments de guerre français adopteraient, comme point de relâche, Bahia, au lieu de Rio-de-Janeiro, pendant la durée de la maladie.

La Cour d'assises de la Somme vient de décider que les sages-femmes sont comprises dans les termes de *médecin, chirurgien*, et *autres officiers de santé*, mentionnés dans l'article 317 du Code pénal, et qu'en conséquence lorsqu'elles se rendent coupables d'un avortement provoqué, elles sont passibles de l'aggravation de peine prescrite par la loi pour les hommes de l'art.

Les membres du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département du Bas-Rhin ont été appelés à prêter le serment politique. MM. les docteurs Th. Bœckel et Eissen se sont, à cette occasion, démis de leurs fonctions de membres de ce Conseil.

*Le rédacteur en chef*, E. DEBOUT.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

COUP-D'ŒIL SUR LA VALEUR DE L'ÉLECTRICITÉ DANS LE TRAITEMENT DES PARALYSIES ; LOCALISATION DE LA MALADIE ; MODE D'ACTION DE L'AGENT THÉRAPEUTIQUE.

L'emploi de l'électricité en médecine, tant de fois repris et délaissé, doit enfin, grâce aux études persévérantes de M. le docteur Duchenne (de Boulogne), prendre rang parmi les médications importantes de la thérapeutique. Nous nous proposons donc de faire passer sous les yeux de nos lecteurs les diverses parties d'un rapport que nous avons lu à la Société de médecine, dans lesquelles nous avons cherché à poser les indications curatives auxquelles vient satisfaire la méthode d'électrisation formulée par notre laborieux confrère.

A diverses reprises nous avons appelé, avec M. Bonnet, l'attention des médecins sur une série de moyens qu'on pourrait grouper sous le titre de *médications physiologiques*, puisque, dans ces modes de traitement, on fait appel aux fonctions mêmes de l'organe affecté. Nous avons rappelé, à ces occasions, qu'il est une certaine période de la maladie, celle où l'affection tend à passer à l'état chronique, pendant laquelle, sous la seule influence de la mise en jeu des organes malades, on voit leur trame organique revenir à des conditions anatomiques meilleures et la guérison survenir, sinon rapidement, du moins sûrement. Comme preuves, nous avons cité l'excitation du cerveau dans certaines formes de maladies mentales, l'exercice de la vue à l'aide de lunettes de foyer grossissant dans les cas d'amaurose, les mouvements forcés de l'articulation dans les arthrites chroniques, les exercices gymnastiques dans la chorée, etc., etc. A cet ordre de moyens doit être rapporté l'emploi de l'électrisation dans le traitement des paralysies.

Les résultats incontestables fournis par les premiers expérimentateurs n'avaient pu faire entrer dans la pratique l'emploi de l'électricité. Nous en dirons plus tard les causes. Les faits cités par Mauduyt, à la Société royale de médecine, prouvaient cependant qu'il y avait lieu de reprendre cette question importante. Aussi, il y a environ dix années, lorsqu'à son arrivée à Paris M. le docteur Duchenne nous demanda un sujet de recherches thérapeutiques, nous n'hésitâmes point à lui conseiller de reprendre en sous-œuvre l'étude de l'action de l'électricité dans les paralysies ; mode de traitement abandonné jusqu'alors aux mains des physiciens, des enthousiastes ou des charlatans. Mais pour faire produire à ces études nouvelles tout le fruit qu'elles pouvaient donner,

notre confrère ne devait nullement, suivant nous, se préoccuper de ce qui avait été fait et dit avant lui, car il fallait sortir, enfin, des voies inutilement battues. M. Duchenne devait, en outre, poursuivre ses expériences dans les hôpitaux, afin qu'on ne pût contester ni le diagnostic de la maladie, ni les résultats de ses tentatives.

Mal en a pris à M. le docteur Duchenne de suivre en tout point nos conseils, car nous avons récemment entendu deux des membres de la Commission de l'Institut chargée d'examiner ses travaux lui dénier la valeur scientifique que comportent les beaux résultats qu'il a fournis, parce qu'il avait négligé le côté historique et physiologique de la question. Sans la marche qu'il a suivie, l'expérimentation clinique, notre confrère ne serait point arrivé cependant à formuler une méthode d'électrisation digne de prendre rang parmi les moyens thérapeutiques usuels.

Au point de vue de la pratique de la médecine, c'est sur les faits pathologiques, et non sur les expériences physiologiques, qu'il fallait appuyer ses résultats. Nous suivrons la même marche dans ce travail, car les études expérimentales ne fournissent que des éléments secondaires pour la solution de la question qui nous avait été posée par la Société de médecine : Apprécier la valeur thérapeutique des procédés de l'électrisation employés par M. Duchenne dans le traitement des paralysies.

En rappelant le point de départ des recherches de ce médecin, nous avons pour motif principal de prouver à un jeune confrère qui récemment, dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, récusait notre jugement sur un prétendu cataplasme galvanique, qu'il nous est permis, après plusieurs années d'examen, d'apprécier les appareils qui se disputent aujourd'hui la confiance des praticiens. Non-seulement nous nous en croyons le droit, mais nous nous en faisons un devoir. Nous ne faillirons pas plus à notre mandat, en cette circonstance, que nous ne lui avons fait défaut dans toutes celles où il s'est agi de juger des nouveaux agents thérapeutiques. Jamais nous ne permettrons aux intérêts industriels, nous ne craignons pas de le répéter, de venir jeter des doutes sur la valeur des résultats de la science, et de compromettre la dignité de la médecine en même temps que les intérêts sacrés des malades.

*Localisation de la maladie.* — On répète sans cesse que les mots n'ont de signification que celle qu'on veut bien leur donner : c'est une grave erreur. Qu'on soit obligé, dans l'étude des sciences, d'employer et d'accepter des appellations vagues encore, faute de la connaissance de certains éléments de la question, rien de mieux. Mais, lorsqu'il est possible de combler la lacune, il faut se hâter de le faire,

et n'employer aucun terme dont on n'ait auparavant expliqué le sens. Le moment est venu, nous le croyons du moins, pour le mot *paralysie.*

Dans l'évolution du phénomène morbide qui constitue la paralysie, il est deux périodes qui, au point de vue des indications curatives, doivent être nettement distinguées.

La perte du mouvement volontaire est, on le sait; le symptôme le plus constant et le plus immédiat des lésions qui intéressent le tissu des centres et des cordons nerveux. Tant que ces lésions existent, l'abolition de la contractilité volontaire ne comporte d'autre indication thérapeutique que celle du traumatisme subi par le système nerveux ; la paralysie n'est qu'un symptôme.

Il n'en est plus de même de la perte du mouvement volontaire, lorsqu'elle persiste après la guérison de la lésion du système nerveux qui l'a déterminée.

Prenons un exemple : une hémorrhagie a lieu dans le cerveau, immédiatement une hémiplégie se produit. Voilà le phénomène symptomatique. La contractilité volontaire est anéantie, mais elle existe encore en puissance, car si le caillot sanguin est promptement résorbé, l'influx nerveux est rendu aux muscles, avant que ceux-ci aient perdu leurs propriétés vitales, et sous l'influence du retour de l'innervation ils peuvent obéir de nouveau à l'incitation née de la volonté. Ce cas est certainement le plus rare ; ce qui l'est moins, c'est de voir les mouvements reparaître spontanément dans le membre inférieur, tandis que le bras reste paralysé. Si la cicatrisation de la lésion cérébrale tarde alors à se compléter, quoique le cerveau soit rendu à des conditions anatomiques telles qu'il peut reprendre l'exercice de ses fonctions, le mouvement ne peut plus reparaître spontanément dans le bras, comme il est revenu dans le membre inférieur, *la paralysie est localisée.*

La fibre musculaire, privée pendant un temps trop long de l'incitation que lui transmettait le cerveau, a perdu, par le seul fait de cette privation, la faculté de réagir, quoique l'influx nerveux lui soit rendu.

Peut-on dire alors que la perte de la contractilité des muscles du bras soit encore le symptôme de la lésion cérébrale ? Non, puisque celle-ci est cicatrisée. Elle en est l'effet, le résultat, elle n'en est plus le symptôme ; la preuve, c'est que la paralysie guérit alors par la seule influence de l'électrisation localisée dans les muscles du membre resté paralysé.

L'exemple que nous venons de choisir prête à l'argumentation, et dans la discussion qui a suivi la lecture de notre rapport, un médecin distingué des hôpitaux a repoussé cette localisation de la paralysie dans les cas de lésions cérébrales. Nous examinerons ce point de phy-

siologie pathologique, lorsque nous traiterons de l'emploi de l'électricité dans le traitement de ces paralysies. Cependant nous pouvons rappeler que tous les auteurs qui se sont occupés spécialement des maladies du cerveau, citent des cas de malades hémiplégiques, à l'autopsie desquels on a trouvé le foyer apoplectique complétement cicatrisé, alors que les mouvements volontaires n'étaient point complétement rétablis.

Pour mettre hors de doute notre proposition, nous prendrons une autre espèce de paralysie, celle due à la contusion ou à la distension d'un tronc nerveux. Ici le phénomène est moins complexe, et trop souvent, lorsque la violence extérieure a été intense, alors que tous les symptômes de la lésion du tissu du cordon nerveux ont disparu, le mouvement des muscles animés par ce nerf ne reparaissent point spontanément. La paralysie qui résulte de la blessure du nerf constitue un phénomène morbide complétement distinct de la lésion anatomique du tissu du cordon nerveux qui l'a déterminée. La maladie est localisée alors dans le muscle, aussi son traitement réclame-t-il l'emploi de moyens curatifs spéciaux.



C'est parce que les pathologistes modernes n'ont pas voulu accepter cette distinction importante dans l'évolution de la maladie, que la valeur des agents thérapeutiques employés dans le traitement des paralysies est encore aussi incertaine aujourd'hui.

Cette manière de considérer le phénomène morbide, de localiser la paralysie dans la trame organique qui constitue l'appareil musculaire, a une portée pratique incontestable. Elle nous permet de nous rendre compte de certaines causes morbides dont on n'a pas su apprécier l'influence; elle nous porte ensuite à faire un choix parmi les moyens excitateurs que la thérapeutique met à notre disposition pour aller réveiller les propriétés vitales éteintes dans les muscles paralysés.

Le mouvement volontaire, comme tous les phénomènes de la vie animale, repose sur une *trame organique* soumise à une double influence, l'*innervation* et l'*hématose*. Toutes les causes morbides qui viendront détruire l'une ou l'autre de ces influences anéantiront la fonction. La part de l'innervation sur la production des mouvements volontaires est de beaucoup la plus étendue, aussi n'a-t-on vu qu'elle seule.

Quelque considérable que soit cette influence, elle ne doit pas faire oublier celle de l'hématose, si l'on veut bien se rendre compte des faits pathologiques. L'école anatomique, en n'admettant que les maladies des solides, a été conduite à rayer du cadre nosologique un bon nombre de paralysies, celles qui prennent leur source dans l'altération des liquides.

Les lésions des centres et des cordons nerveux ne comprennent point, en effet, toutes les causes de paralysie, et, lorsque nous traiterons des paralysies chlorotiques, saturnines, etc., nous ferons voir que le sang, soit qu'il charrie un élément toxique, soit que ses éléments aient subi une altération dans leur composition, peut venir éteindre également le mouvement volontaire là où il est produit, c'est-à-dire dans le muscle.

De même que c'est au conflit du sang, du fluide nerveux et de la fibre musculaire que le mouvement volontaire se trouve anéanti par les nombreuses causes morbides qui peuvent l'atteindre, c'est vers ce même point que les agents thérapeutiques doivent être dirigés pour réveiller les propriétés vitales, dont la manifestation constitue le phénomène physiologique.

A quel moment la paralysie devient-elle, de symptôme, état morbide ? Quels sont les signes qui permettent d'établir cette distinction ? Doit-on combattre cet élément morbide avant qu'il soit localisé ? Nous discuterons plus utilement ces questions à propos du traitement de chaque espèce de paralysie en particulier ; pour mieux poser notre sujet d'étude, nous en dirons cependant un mot ici.

L'existence de la paralysie *comme maladie essentielle*, dans le cas de lésion du système nerveux, suppose donc toujours la guérison de la cause qui l'a déterminée, c'est-à-dire le retour de l'organe innervateur à des conditions anatomiques telles qu'il puisse remplir ses fonctions, c'est-à-dire rendre l'influx nerveux aux muscles. C'est pour mieux différencier cette seconde période dans l'évolution du phénomène morbide, que nous avons proposé de le désigner sous le nom de *paralysie localisée.*

Dans les paralysies qui prennent leur source dans l'hématose, c'est par la périphérie que la maladie se manifeste ; elle est localisée tout d'abord dans le muscle, mais une affection générale la domine. Il faut la combattre comme on a traité d'abord la lésion des centres nerveux.

La distinction que nous avons posée de la paralysie en *phénomène* et *lésion*, *symptôme* et *maladie,* n'était pas importante seulement quant à l'appréciation des causes de la maladie, ainsi qu'eu égard au choix des agents thérapeutiques; elle était nécessaire encore au point de vue auquel nous plaçait le rapport dont nous étions chargé. Si, pour apprécier la valeur thérapeutique de l'électricité, on en tente l'emploi dans le traitement de ces maladies, alors que les muscles ne reçoivent pas encore l'influx nerveux, ou que l'état diathésique n'est point combattu par les moyens thérapeutique qu'il réclame, on comprend sans

peine que ces expériences ne peuvent fournir que des conclusions erronées.

C'est parce qu'on n'a pas su établir cette distinction dans l'évolution du phénomène morbide qui constitue la paralysie, qu'on n'a pu se rendre compte des faits produits. C'est également par le même motif que les expérimentateurs n'ont pu encore poser les indications de l'emploi de l'agent électrique dans le traitement des paralysies.

*Mode d'action de l'électricité.* — Lorsqu'on soumet un muscle sain à l'excitation électrique, on voit la fibre musculaire se contracter. Ce résultat physiologique a porté les médecins à ne voir dans l'influence de l'agent thérapeutique que son action mécanique. M. Duchenne a longtemps partagé cette opinion. Au début de ses expérimentations, il traitait seulement les paralysies dans lesquelles l'action de l'électricité provoquait des mouvements artificiels; mais la pratique devait redresser son erreur. Il expérimentait dans les hôpitaux; le public y est nombreux, jeune, avide de s'instruire; il fallait démontrer qu'il est des paralysies dans lesquelles les muscles ne se contractent pas sous l'influence des courants électriques; or, le sujet choisi pour cette démonstration était un malade affecté d'une paralysie saturnine, qui avait résisté à tous les traitements, même à l'emploi de la strychnine. Sous l'influence de ces excitations, répétées chaque jour, à titre de démonstration, il arriva que les mouvements volontaires revinrent. Ce qui parut le plus remarquable à notre confrère, c'est que ce malade, par l'influence cérébrale née de la volonté, pouvait mouvoir ses muscles paralysés, tandis que l'électricité, employée même au plus haut degré de puissance de l'appareil d'induction, ne parvenait point à déterminer la moindre contraction artificielle.

Ainsi, l'irritabilité, cette propriété par laquelle, même après la mort de l'animal, le muscle a encore en lui pendant quelque temps le principe qui lui permet de réagir sous l'influence de l'excitation électrique, peut être détruite pendant la vie. Nous verrons plus tard, en étudiant les paralysies dans lesquelles cette propriété musculaire est lésée, qu'elle n'est pas abolie pour toujours. C'est cependant un phénomène curieux à constater, car il semble, au premier abord, qu'une propriété qui est la dernière à s'éteindre, puisqu'elle survit à toutes les autres, devrait être la première à reparaître, tandis que, dans ces affections, elle ne revient, souvent, que longtemps après le retour des mouvements volontaires.

Ce fait prouve encore, pour le dire en passant, que l'identité, admise par la plupart des physiologistes modernes, entre l'action du fluide électrique et celle du stimulus nerveux, n'est qu'apparente, puis-

que là où ce dernier provoque la contraction musculaire, l'excitation physique ne peut la déterminer.

Tant que les médecins ont comparé l'action de l'électricité à celle de la gymnastique, ils ont dû penser que l'agent électrique n'était indiqué dans le traitement des paralysies qu'autant que son emploi provoquait des mouvements artificiels ; ils ont ainsi négligé les cas qui mettaient le mieux en relief la valeur de cette médication. C'est même dans ces sortes de paralysies, celles qui résultent de la lésion traumatique d'un tronc nerveux, que les résultats sont les plus certains et les plus beaux, puisque ces affections étaient jusqu'ici regardées comme incurables.

Pour poser la valeur thérapeutique d'un moyen, on est trop souvent porté à prendre seulement pour *criterium* ses effets physiologiques. Cette donnée est insuffisante, nous l'avons répété bien des fois. Les conditions de vitalité amenées par la maladie diffèrent trop de celles de l'état normal ou physiologique, pour qu'on puisse se baser, dans la formule d'un traitement, sur ce seul élément de la question. Voyez les quantités d'opium que les femmes hystériques absorbent sans présenter de manifestations physiologiques; la tolérance est plus évidente encore chez les malades atteints de tétanos. Le but du médicament est de triompher de conditions nouvelles créées dans l'organisme par la maladie, il faut donc commencer par étudier ces conditions et constater l'action des moyens qui permettent de ramener les fonctions à leur type normal. C'est sur l'observation clinique que l'induction doit s'appuyer lorsqu'on procède à cette détermination.

Lorsque, récemment, nous avons dû apprécier l'action de l'air comprimé dans le traitement des déformations du thorax consécutives aux épanchements pleurétiques anciens, rejetant au second plan l'influence mécanique de cet agent thérapeutique sur l'ampliation des cellules pulmonaires, nous avons eu l'occasion de mettre en relief un de ces résultats ultimes des médications. Les bons effets de l'emploi de l'air comprimé, dans les cas de chlorose et de phthisie pulmonaire, nous portèrent à admettre, principalement dans le mode d'action de ce nouveau moyen, une action vitale qui se produisait au conflit du sang et de l'air atmosphérique pendant le phénomène de la respiration. Nous ferons la même réflexion touchant l'action de l'électricité. Les résultats de l'emploi de cet agent physique, dans le traitement des paralysies consécutives aux lésions traumatiques des troncs nerveux, prouvent que c'est au *conflit du sang et de l'influx nerveux avec la fibre musculaire* que se produit le *mouvement curateur*, et que l'exercice du muscle, lorsque l'irritabilité intacte lui permet d'obéir à l'excitation

électrique (gymnastique), de même que la stimulation spéciale du système nerveux par l'agent électrique, sont des phénomènes secondaires de la médication.

La médication excitatrice comprend plusieurs ordres de moyens : les uns, comme la noix vomique et ses alcaloïdes, de même que le seigle ergoté, portent leur action sur le système nerveux qui préside aux sensations de la peau ainsi qu'aux contractions musculaires ; les autres, tels que les frictions, le massage, la flagellation, agissent sur l'enveloppe cutanée et les muscles, en influençant le système vasculaire. Enfin un troisième ordre, l'électricité, présente un mode d'action mixte ; comme les premiers, il agit sur l'innervation, et comme les derniers, il manifeste son action sur l'hématose. Seulement, tandis que les préparations de strychnine, par exemple, ne provoquent de contractions qu'en vertu de la modification qu'elles impriment au système nerveux central, c'est à la périphérie, au point de contact de la terminaison nerveuse avec la fibre musculaire, que l'électricité appliquée suivant les procédés adoptés par M. Duchenne, détermine le mouvement de la fibre. La contraction musculaire n'est plus alors le seul résultat de la mise en jeu de cet agent, il influence également les nutritions.

Puisque le mouvement volontaire est le produit du conflit du sang, du nerf et de la fibre musculaire, on comprendra pourquoi la paralysie, dégagée de sa cause initiale, doit trouver dans l'excitation électrique localisée dans le muscle son mode d'action le plus complet et le plus efficace, puisqu'elle influence à la fois ses deux sources d'incitation, l'innervation et l'hématose.

De même qu'on a repoussé la localisation de la paralysie, de même on n'a pas fait attention, dans les guérisons fournies par l'électricité, à cette action si remarquable sur la nutrition. C'est à cette influence spéciale cependant qu'il faut rapporter, en grande partie suivant nous, la valeur thérapeutique de ce puissant agent. Nous avons signalé ce fait en disant que son emploi guérissait les paralysies dans lesquelles son influence excitatrice ne déterminait point de contractions artificielles ; on en demeurera convaincu en observant l'ordre dans lequel les fonctions se rétablissent.

Nous prenons toujours pour exemple la paralysie dont la cause est la moins contestable et dont les effets sont le plus manifestes, celle consécutive à la destruction d'une portion d'un nerf mixte : pendant la durée de la cicatrisation du cordon nerveux, la peau et le muscle, privés de leur stimulus, perdent non-seulement leur phénomène fonctionnel, la sensibilité et le mouvement, mais encore ils sont atteints dans leurs phénomènes organiques, ils s'atrophient et maigrissent. Lors-

que la cicatrisation du cordon nerveux s'est effectuée, c'est-à-dire que l'influx nerveux est rendu à ces parties, si vous les soumettez à l'action de l'électricité localisée dans ces organes, vous voyez d'abord le système vasculaire de la peau, qui avait complétement disparu, reparaître peu à peu, ramener la coloration et la calorification de l'enveloppe cutanée. Les mêmes résultats se passent profondément, car la nutrition des muscles animés par le nerf lésé se montre à son tour, puis la contractilité tonique de ces mêmes muscles; enfin le retour des mouvements se produit, sans qu'une seule contraction artificielle ait eu lieu pendant les excitations électriques qui ont seules constitué le traitement de cette paralysie traumatique.

Pour que ces résultats puissent se produire, il faut que l'origine causale ait disparu; c'est-à-dire, que le poison (plomb) ait été éliminé, le virus (syphilis) détruit, que le sang ait repris sa constitution normale (chlorose), enfin que les organes innervateurs (cerveau, moelle, cordons nerveux) soient rendus à des conditions anatomiques qui leur permettent de rendre le stimulus nerveux aux muscles. Ces causes premières éloignées par les médications connues, si le retour des mouvements volontaires n'a pas lieu, la maladie est localisée alors dans les muscles, et l'emploi de l'électricité constitue le meilleur moyen thérapeutique pour en triompher, puisqu'il agit à la fois sur tous les éléments organiques du mouvement volontaire.

DEBOUT.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

DU TRAITEMENT CURATIF DE L'ÉPILEPSIE; EN PARTICULIER DE L'OXYDE DE ZINC ET DU SÉLIN DES MARAIS DANS LE TRAITEMENT DE CETTE AFFECTION.

(Suite et fin [1].)

Il nous reste à faire connaître les résultats obtenus par M. Herpin, dans le traitement de l'épilepsie, de trois autres moyens qui, d'après son expérience, occupent, avec l'oxyde de zinc, la première place parmi les antiépileptiques: le sélin des marais, le sulfate de cuivre ammoniacal et la valériane. Ajoutons cependant que, pour ces derniers médicaments, les conclusions de l'auteur ne reposent que sur un nombre de faits qui, pour chacun, n'est que le tiers ou le quart des cas où a été administré le zinc.

Le *sélin des marais, selinum palustre, peucedanum sylvestre* (Ombellifères), auquel M. Herpin reconnaît une efficacité remarquable,

(1) Voir la livraison précédente, page 56.

et peut être même supérieure aux autres moyens employés, le sélin des marais n'a pas encore été employé en France comme antiépileptique. Il n'a point échappé aux consciencieuses recherches de Mérat et Delens et de M. Delasiauve ; mais ces auteurs n'en ont parlé que sur la foi des médecins allemands et suisses. Ce remède a été surtout vanté en Allemagne, très-probablement dans ce siècle seulement ; car Henning, qui, comme bibliographe, a étudié l'épilepsie avec la patience d'un bénédictin, ne fait pas mention de ce médicament. C'est en Courlande, d'après Trinius, qu'on a commencé à l'employer dans l'épilepsie. Schmutziger l'a ensuite préconisé. Il fut un moment en vogue à Genève, il y a bientôt vingt ans, et il y procura des succès mêlés de beaucoup de revers, comme cela est toujours arrivé.

Le sélin des marais a été administré par M. Herpin à douze épileptiques ; mais dix seulement ont été traités exclusivement par ce moyen. De ces dix cas, cinq pouvaient être rangés parmi les cas à pronostic favorable; quatre ont guéri, ou 80 pour cent. Un sixième cas était d'un pronostic peu favorable ; la malade avait eu cinq cents attaques environ, coupées, il est vrai, par deux grossesses exemptes d'accès ; elle a guéri. Quant aux quatre autres cas, rangés parmi ceux à pronostic défavorable, le sélin des marais a échoué complétement contre eux.

C'est la poudre de la racine de sélin des marais qui est donnée dans les cas de ce genre. On doit débuter par 2 ou 4 grammes en 2, 3 ou 4 prises, et arriver à 15 ou même 30 grammes si la tolérance s'obtient facilement, ce qui a lieu le plus ordinairement. En effet, de onze malades, chez lesquels les effets physiologiques du médicament ont été suivis avec soin, sept n'ont rien éprouvé, un a eu des nausées, un autre de la diarrhée, et un autre de la céphalalgie. Le sélin des marais ne paraît pas mettre d'une manière absolue à l'abri des récidives ; car, des cinq malades guéris, trois ont éprouvé des rechutes. Il faut, du reste, comme pour l'oxyde de zinc, continuer le traitement assez longtemps après la suspension des accidents. D'après M. Herpin, il faudrait aller au delà de 500 grammes avant de cesser le traitement, et il serait même prudent de dépasser, dans la deuxième partie du traitement, la quantité employée dans la première.

On sait que le cuivre est un des moyens les plus anciennement recommandés dans l'épilepsie. Arétée, Alexandre de Tralles, Dioscoride, conseillaient déjà l'*æs ustum*; et depuis Weismann, qui l'a remis en usage il y a un siècle, ce médicament compte en sa faveur les noms les plus recommandables : ceux de Wan-Swieten, de Cullen, d'Odier, de Joseph Frank qui lui accordait la première place, et d'Hufeland qui lui donnait la seconde.

Le *sulfate de cuivre ammoniacal* a été administré par M. Herpin dans douze cas différents, dont six à pronostic favorable ; il a obtenu quatre guérisons, ou 66 pour cent, dont trois suivies, à la vérité, de récidive. En revanche, ce moyen a complétement échoué dans un cas à pronostic peu favorable, et dans cinq cas à pronostic défavorable.

Le *sulfate de cuivre ammoniacal*, dit M. Herpin, peut être donné pendant plusieurs mois sans occasionner d'autres effets que des malaises passagers, pourvu qu'on ne dépasse pas la dose journalière de 60 centigrammes. On le fait assez promptement tolérer chez les adultes, en débutant par 4 ou 5 centigr. en 3 ou 4 prises, et en augmentant chaque semaine de 5 centigr. environ, et plus tard de 10 centigr. pour arriver à la dose maximum de 50 à 60 centigrammes. Chez les enfants, on obtient, en général, la tolérance en commençant par 10 ou 15 milligr. suivant l'âge, puis en augmentant chaque semaine de la même quantité, pour arriver à 10 ou 12 centigr., dose maximum.

M. Herpin conseille d'aller au moins jusqu'à 5 grammes, chez un adulte, avant de renoncer au remède, dans le cas où il ne se manifeste aucune amélioration. Comme la loi de consolidation s'applique au cuivre comme au zinc, ce médecin donne le conseil pour les adultes d'aller jusqu'à 30 grammes avant de renoncer au remède, dans les cas qui semblent rebelles, et de dépasser dans la période de consolidation la quantité donnée dans la période de guérison, en soutenant, autant que possible, le remède à la dose maximum. Il évalue à 70 grammes pour l'adulte, et à 18 grammes au moins pour l'enfant, la quantité de sulfate de cuivre ammoniacal à dépenser dans un traitement complet et efficace de l'épilepsie.

Enfin, la *valériane*, dont l'emploi est certainement très-ancien dans l'épilepsie, qui a été conseillée par Dioscoride, si son *phu* était notre valériane officinale, et remise en faveur par F. Columna, célébrée depuis par Tissot, Chauffard, Odier, J. Frank et Hufeland, la valériane a été donnée par M. Herpin à 11 malades, dont 7 atteints d'épilepsie à pronostic favorable, 2 à pronostic peu favorable, et 2 à pronostic défavorable. Dans la première catégorie, 4 guérisons, ou 57 pour 100 ; dans la seconde, une seule guérison ; dans la troisième, insuccès complet. La valériane doit être donnée à la dose de 4 à 120 grammes par jour. Il est prudent, avant d'y renoncer, de l'administrer, pendant trois mois, et de dépasser, dans le traitement de consolidation, la quantité qui aura été employée pour supprimer les accès. On peut la donner sous trois formes différentes, en poudre, en pilules composées de parties égales de poudre et d'extrait, enfin, en infusion plus ou moins chargée.

Tels sont les résultats consignés par M. Herpin, dans son livre sur le Traitement de l'épilepsie. Ils nous montrent, d'une manière absolue et relative, la supériorité de l'oxyde de zinc, qui a obtenu 28 succès sur 42 cas, ou 66 pour 100. Viennent ensuite le sélin des marais, avec 5 succès sur 10, ou 50 pour 100 ; la valériane, avec 5 succès sur 11, ou 45 pour 100, et le sulfate de cuivre ammoniacal, avec 4 succès sur 12, ou 25 pour 100. Mais ne nous hâtons pas trop de conclure en faveur de ces divers moyens ; en effet, les 17 cas, à pronostic défavorable, n'ont été nullement modifiés par ces divers traitements ; des 9 cas à pronostic peu favorable, 4 seulement ont été suivis de guérison ; de sorte que, sur 48 succès de guérison, 38 appartiennent à la première catégorie, à celle à pronostic favorable, c'est-à-dire à celle qui comprend les cas de vertiges peu fréquents et ne durant pas depuis plus de dix années, et les cas dans lesquels les attaques et les accès n'ont pas atteint encore le nombre de 100. L'épilepsie ancienne, invétérée, avec accès fréquents et répétés ; reste donc encore rebelle aux ressources de l'art. M. Herpin ajoute qu'en cas d'insuccès des quatre agents thérapeutiques cités plus haut, il en est quatre encore qu'il serait disposé à conseiller : l'extrait de belladone, l'assa-fœtida, le nitrate d'argent, la poudre de taupe grillée. Nous nous faisons un devoir de les signaler à l'attention de nos lecteurs ; mais le résultat le plus important des recherches de M. Herpin, celui qui ne doit pas être perdu de vue, celui sur lequel nous rappelons l'attention en terminant, c'est que, d'après ce médecin, l'épilepsie récente est presque constamment guérissable, et que, pour cette maladie, plus encore que pour toute autre, le *principiis obsta* doit servir de règle au médecin.

# THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

## NOUVEAU PROCÉDÉ DE SUTURE POUR LA RÉUNION DES PLAIES. SUTURE CELLULEUSE OU SOUS-CUTANÉE.

Par M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

Les chirurgiens se sont occupés avec tant de persévérance de l'étude des sutures, comme moyen de réunion des plaies, qu'il est difficile aujourd'hui d'innover en cette matière. L'on peut même se demander si les innovation dont l'idée a pu échapper jusqu'à ce moment aux esprits inventifs qui se sont livrés à des investigations sur ce point, sont autre chose ou que des imitations plus ou moins heureuses de ce qui a été fait antérieurement, ou bien des procédés défectueux que les inventeurs ont dédaigné de faire connaître, non pas qu'ils n'en eussent eu l'idée, mais unique-

ment parce qu'ils ne les ont pas jugés dignes d'occuper une place dans la pratique de l'art. Toutefois, quelques tentatives récentes et ingénieuses tendent à prouver que la mine n'est point entièrement épuisée. N'avons-nous pas vu tout récemment encore, et malgré les travaux nombreux qui ont été faits sur les sutures intestinales, après l'ouvrage de M. Jobert sur les plaies du canal intestinal; n'avons-nous pas vu, dis-je, un jeune chirurgien de la province, aussi distingué par son savoir que par la sagacité dont il a fait preuve, proposer un mode de suture intestinal extrêmement ingénieux et qui n'avait pas été employé jusque-là? Nous voulons parler de la suture proposée par M. le docteur Gely, chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

Ce nouvel exemple qu'une question, selon toute apparence épuisée, avait pu comporter des solutions nouvelles, nous encourage à faire connaître un mode de suture que sa rapidité d'exécution et sa grande simplicité nous portent à soumettre au jugement et à l'expérimentation des chirurgiens.

Le temps le plus douloureux des sutures qui s'appliquent à la peau est celui qui consiste à piquer avec l'aiguille la partie superficielle du derme ou couche papillaire, parce que c'est dans cette partie importante de la peau que se trouvent, à leur état d'évolution la plus complète, les éléments de la sensibilité cutanée. Un mode de suture dans lequel on éviterait la piqûre de la couche superficielle du derme et la pression exercée par les fils, aurait donc l'avantage de respecter cette sensibilité de la peau.

Il est un autre point de vue sous lequel un mode de suture en quelque sorte sous-cutanée pourrait offrir des avantages; c'est celui des phlegmasies érysipélateuses qui ont quelquefois pour point de départ les piqûres faites à la couche superficielle de la peau et la pression plus ou moins douloureuse des anses de fil sur celle-ci.

C'est dans le double but, d'une part de diminuer la douleur, de l'autre d'éloigner les chances d'érysipèle, que peut être employé le mode de suture que nous proposons sous le nom de suture celluleuse. Ce nom ne donne que très-imparfaitement l'idée du procédé opératoire qu'il sert à désigner. Mais comme l'aiguille qui conduit le fil destiné à cette suture comprend inclusivement les couches profondes et celluleuses de la peau, nous avons cru pouvoir lui donner le nom de l'élément organique qu'elle intéresse d'une manière spéciale.

Deux petits rouleaux de sparadrap, une aiguille droite, un fil double, tels sont les seuls objets nécessaires pour pratiquer cette suture. A l'une des extrémités du fil on attache l'un des rouleaux de sparadrap.

Pour compléter le pansement, on se munit de bandelettes de spara-

drap, d'un linge troué enduit de cérat, de compresses, de charpie et de bandes.

La solution de continuité ayant été épongée avec soin, et la plaie débarrassée du sang coagulé qui peut s'y être accumulé, on saisit une des lèvres de la plaie avec l'index et le pouce, on la renverse légèrement; puis, dirigeant l'aiguille dans un sens parallèle à la direction longitudinale de la plaie, on passe l'aiguille par simple faufilure dans une portion seulement, le quart tout au plus de l'épaisseur de la peau à sa face profonde. De cette manière, on ne comprend qu'une faible partie de l'épaisseur du tégument, et à plus forte raison laisse-t-on tout à fait intacte la couche papillaire de celui-ci.

La lèvre opposée de la plaie étant renversée à son tour, on comprend également, sur le bord libre de sa face profonde, une épaisseur de tissu dans les proportions suffisantes pour donner prise au fil avec un certain degré de solidité, mais en respectant la plus grande partie de l'épaisseur de la peau. Ce second point passé ne se fait pas en face du premier, il devance celui-ci en marchant vers l'extrémité de la plaie opposée à celle par laquelle a commencé la réunion. Les points passés sont donc disposés en série alterne d'un bord à l'autre. Lorsqu'on a ainsi parcouru toute la longueur de la solution de continuité, on retire l'aiguille, on dédouble le fil, et après s'être assuré qu'il est également tendu dans toute l'étendue de la plaie, que les lèvres de celle-ci ne sont froncées dans aucun point, et que le premier rouleau de sparadrap est maintenu à l'autre extrémité dans une direction perpendiculaire à l'axe longitudinal de la solution de continuité, on fait tenir le second rouleau de sparadrap dans une direction parallèle à celle du premier, mais à l'extrémité opposée de la plaie, et on arrête sur lui l'extrémité du fil qui a été dédoublé et que l'on fixe par un nœud double.

Les deux rouleaux de sparadrap empêchent qu'aucune pression douloureuse soit exercée sur la peau en laissant à découvert, dans leur intervalle, toute la longueur de la plaie dont on constate alors la coaptation qui est d'une netteté remarquable. On comprend très-bien qu'il y a une mesure pour la traction à exercer sur le fil; cette mesure est réglée par l'aspect même de la solution de continuité comprise entre les deux rouleaux de sparadrap. Si la peau se fronce, présente des plis qui font entrebâiller la plaie, il est évident que la traction est trop forte, il faut serrer moins fortement sur le second rouleau de sparadrap.

Une fois la suture appliquée, on procède à l'application des autres pièces de pansement, en se conformant aux règles du pansement par occlusion telles qu'elles ont été indiquées autre part; seulement, les

bandelettes de sparadrap, dans l'intervalle des deux cylindres, sont alternativement imbriquées en X.

Ce mode de suture, qui ne saurait convenir quand il faut user d'une certaine force pour rapprocher les lèvres de la plaie, et qui le cède tout à fait, sous le rapport de l'énergie de coaptation, à la suture enchevillée, à la suture entortillée, et même, il faut le dire, à toutes les sutures dans lesquelles on comprend toute l'épaisseur de la peau dans les anses de fil, donne un résultat remarquable sous le rapport de la netteté parfaite de la coaptation, qui est dans ce cas aussi exactement linéaire qu'on puisse le désirer. Le fil, qui est l'instrument principal de l'adhésion, se trouve comme enseveli et s'emprisonne en quelque sorte de lui-même dans la profondeur de la plaie. Lorsque celle-ci paraît définitivement adhérente, et après le troisième jour au plus tard, on divise le fil au contact de l'un des rouleaux de sparadrap, et on le retire longitudinalement, en se servant, pour le retirer par des tractions douces, du rouleau opposé.

Je n'ai fait, jusqu'à ce moment, qu'une seule application de ce mode de suture sur le vivant; c'est après l'ablation d'un lipôme placé sur la partie postérieure du col, chez une femme de trente-six ans; la suture n'a pas été douloureuse, et l'adhésion était complète au bout de quarante-huit heures. L'épaisseur plus considérable de la peau dans la région du corps sur laquelle avait été faite l'opération a-t-elle été pour quelque chose dans l'heureuse application du moyen? Toujours est-il qu'il a parfaitement réussi dans le cas sus-mentionné; et quant aux difficultés d'application qu'il pourra rencontrer dans d'autres régions, c'est à la sagacité et à l'expérience des chirurgiens qu'il faudra s'en rapporter pour déterminer les cas favorables ou défavorables à l'emploi de cette suture.

Parmi les avantages que je suis porté à lui reconnaître, plutôt *à priori* que d'après les faits, puisque je ne possède encore sur ce sujet qu'une seule observation, je mentionnerai les suivants :

1° Moins de douleur que dans les autres procédés de suture, qui intéressent la peau dans toute son épaisseur.

2° Très-grande rapidité d'exécution. En quelques instants, on peut, par ce procédé de faufilure, parcourir toute la longueur d'une plaie très-étendue. Dans mes expériences sur le cadavre, j'avais fini, en un très-court espace de temps, la suture en question, sur un trajet de huit à dix travers de doigt.

3° Ce procédé donne lieu à une cicatrice plus rigoureusement linéaire que celle qui provient des autres modes de suture.

4° Enfin, la suture étant à l'intérieur de la plaie qu'on veut réunir,

et ne dérobant à la vue aucun point du trajet de la solution de continuité, permet de surveiller plus facilement que dans les autres modes de suture le travail de la cicatrisation.

Depuis la première rédaction du Mémoire que l'on vient de lire, j'ai appliqué plusieurs fois, tantôt sans succès, tantôt avec les plus heureux résultats, le mode opératoire que je viens de faire connaître. Parmi les observations que je possède à ce sujet, j'en détacherai deux : l'une heureuse; l'autre qui donne un résultat négatif. Voici ces observations, toutes les deux recueillies à l'hôpital Saint-Antoine.

Un jeune homme nommé Coudray (Alphonse), âgé de vingt-deux ans, serrurier, rue du Cœur-de-la-Main, 6, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 12 août 1851. Il y a une heure à peine qu'il a reçu à la cuisse droite une blessure dont l'étendue peut se présumer, même avant examen direct, d'après la dimension de la coupure faite à son pantalon et d'après l'abondance du sang qui s'écoule.

Je fais coucher le malade; je l'examine, et je reconnais, à demi-hauteur de la cuisse droite et sur le côté externe, une plaie dont la direction coupe perpendiculairement l'axe du membre. Au premier aspect, cette plaie paraît comprendre toute l'épaisseur de la peau et du pannicule charnu, jusqu'à l'aponévrose exclusivement. Mais en faisant mouvoir les téguments dans le sens vertical, nous voyons que sous la lèvre supérieure de la plaie cutanée, et à 1 centimètre à peu près au-dessus de celle-ci, existe une plaie aponévrotique et musculaire, dont la longueur est moitié moindre que la plaie de la peau et dont la profondeur est de 2 centimètres à peu près.

La plaie cutanée a une longueur de 9 centimètres au moins.

La cause de cette blessure, celle de la perte du parallélisme entre la plaie superficielle et la plaie profonde, nous occupe; et nous apprenons que c'est au moment où le jeune homme lançait un coup de pied à un cuisinier occupé à préparer des légumes, que celui-ci, en cherchant à parer le coup avec la main qui tenait un couteau, a atteint, sans le vouloir, le malencontreux plaisant. La plaie a donc été produite par un instrument bien tranchant.

Quant au défaut de parallélisme survenu entre la plaie surperficielle et la plaie profonde, il paraît être la conséquence de l'attitude forcée dans laquelle se trouvait le membre au moment où il a été atteint. (Il paraît que dans l'attitude où la jambe est horizontalement élevée, la peau de la cuisse glisse de bas en haut, puisque, revenue à sa position ordinaire, elle redescend. C'est là, du moins, ce qui semble avoir eu lieu dans le cas particulier. Souvent il arrive que le défaut de parallélisme tient à ce que l'instrument lui-même, par suite de son

obliquité, divise les parties profondes dans un point plus ou moins éloigné de celui au niveau duquel les parties superficielles ont été divisées. Mais ici les deux plaies offrent une coupe si nettement perpendiculaire, elles ont une direction tellement homologue, quoique leur superposition ait changé, qu'il ne nous paraît exister aucun doute sur la perte du parallélisme, par déplacement de la peau, ultérieurement à la blessure. Il faudrait faire à ce sujet quelques expériences sur le cadavre.) C'est, du reste, ce défaut de parallélisme qui a permis de recourir au mode de suture que nous allons indiquer, et qui n'avait pour objet que la réunion de la plaie superficielle.

Avec une aiguille droite, armée d'un long fil, j'ai successivement passé d'une extrémité de la plaie à l'autre, en comprenant d'une manière alterne, et par faufilure, les couches profondes du derme sans intéresser la partie papillaire de celui-ci. Le fil une fois passé, une simple traction exercée sur celui-ci dans le sens de sa longueur, a produit, par un mécanisme bien facile à comprendre, le rapprochement des lèvres de la plaie. Afin de maintenir cet état de tension du fil, ce dernier a été disposé de manière à embrasser, en forme d'anneau, toute la circonférence de la cuisse à la hauteur de la plaie.

Afin que le fil ne causât pas de douleur en s'imprimant à nu sur la surface de la peau, on a interposé, d'espace en espace, en manière de coussinets très-plats, des bandelelettes de sparadrap. Une cuirasse de bandelettes croisées et imbriquées a protégé cette première réunion, puis le pansement a été fait à l'ordinaire.

Le lendemain 13 août, le fil de la suture étant coupé à l'un des bords de la cuirasse et ramené complétement au dehors, la cuirasse est laissée en place. Le linge cératé seul est renouvelé.

Le 14 août, rien de nouveau.

Le 15 août. On reconnaît facilement, même sans enlever la cuirasse, qu'il existe une tuméfaction assez considérable de la partie, mais le malade n'éprouvant absolument aucune douleur, on ne lève pas la totalité de l'appareil. On ne renouvelle que le pansement externe.

Le 16 août. D'assez fortes pressions exploratives exercées sur la partie n'occasionnent aucune douleur.

Le 20 août. On lève tout l'appareil. La cicatrisation est complète. On ne trouve sous la cuirasse aucune trace de suppuration. La cicatrice, quoique complète, n'a pas encore beaucoup de solidité.

Les jours suivants, la cicatrice devint de plus en plus ferme, et dans le cours de la semaine, le malade fut présenté à la Société de chirurgie, parfaitement guéri.

Nous avons donc été assez heureux pour obtenir chez ce malade la

réunion de la plaie profonde, en ne nous occupant que de la plaie superficielle.

On a pu remarquer que le fil de la suture a été retiré au bout de vingt-quatre heures. Cela a été fait dans le but d'éviter l'écueil où fait tomber la persistance du fil dans le tissu cellulaire, au delà d'un temps assez court, ce dont on verra un exemple dans l'observation qui va suivre.

*Tumeur butyreuse du sein droit. — Extirpation. — Guérison.* —Pachon Jeannette, trente-quatre ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 24 septembre 1849.

Cette femme a eu quatre enfants et une fausse couche à la sixième semaine. Elle n'a allaité que deux enfants, le deuxième et le quatrième. Elle les allaita chacun pendant seize mois ; son premier accouchement a eu lieu il y a huit ans : ce n'est que sept mois après qu'elle s'aperçut d'une grosseur du sein, ayant le volume d'une cerise. Depuis lors, la tumeur a augmenté graduellement sans lui causer la moindre douleur. Cependant, lorsqu'il faisait froid, elle éprouvait de petits picotements.

Durant l'allaitement de son deuxième et de son quatrième enfant, elle remarqua qu'elle avait beaucoup plus de lait dans le sein malade que dans l'autre; la tumeur prit un accroissement rapide à l'époque du dernier sevrage.

24 septembre. Etat de la tumeur : elle a le volume d'un œuf de poule; elle est située dans l'hémisphère supérieur du sein droit ; mobile sur les parois de la poitrine ; n'adhérant ni à la peau ni aux parties subjacentes à la tumeur ; indolente ; sans rougeur ni tuméfaction des téguments.

Au toucher elle donne une sensation de fluctuation, surtout à la partie centrale de la tumeur. A la circonférence elle présente quelques inégalités, quelques petites bosselures qui semblent être des noyaux de la glande adhérant à la tumeur; je fais une ponction exploratrice qui donne issue à une substance blanche crémeuse.

3 octobre. Depuis la ponction la tumeur paraît faire des progrès. La malade commence à y ressentir quelques douleurs.

20 octobre. La tumeur fait chaque jour de nouveaux progrès. Je me décide à enlever le kyste par énucléation.

*Chloroforme.* — Double incision demi-elliptique. Pendant l'opération la poche s'ouvre. Il en sort une matière crémeuse, blanche, épaisse, parfaitement homogène, sans aucun mélange soit de corps étranger, soit de pus, soit de sang. En dehors de la tumeur on trouve

encore dans le tissu de la glande d'autres petits kystes laiteux du volume d'un pois. Ils sont également enlevés.

Après avoir fait cinq ligatures d'artères, je pratiquai, d'un bout à l'autre de la longue plaie d'extirpation, la suture que j'appelle sous-cutanée. Du reste, pansement par occlusion.

Immédiatement après l'opération, quelques vomissements évidemment dus au chloroforme. Peau chaude, pouls fréquent. Alkoolature d'aconit. Potion au laudanum.

Le 22. Pansement imbibé de sérosité. Aconit. Laudanum.

Le 23. Bain.

Le 24. On met la plaie à nu. Pas de trace d'érysipèle. La réunion existe dans les 3/4 supérieurs. On retire la ligature sous-cutanée.

Le 3 novembre. Le pansement est renouvelé. La réunion n'est pas complète ; les lèvres de la solution de continuité se sont renversées en dedans. Etat général très-satisfaisant.

Le 10. La suppuration est presque nulle. Un peu d'érythème autour de la plaie. Solution à 5 grammes ; occlusion.

Le 17 novembre. Il ne reste plus qu'un orifice suppurant à la partie supérieure de la plaie.

Le 24. Très-bien.

Le 10 décembre. La malade accuse de la douleur dans le sein. Léger gonflement au pourtour de l'orifice fistuleux ; rougeur ; douleur augmentant par la pression. Cataplasme.

Le 13. Fluctuation évidente. En pressant sur le point ramolli, on ne fait rien refluer par l'orifice fistuleux. J'ouvre l'abcès qui contient environ 60 grammes d'un pus de bonne nature. Cataplasme.

Le 15. Plus de sécrétion purulente.

Le 20. Guérison.

*Résultat de l'examen microscopique de la tumeur.*

La masse contenue dans le kyste est entièrement composée des globules du lait et de ceux du colostrum.

D'après ce que j'obtiens tous les jours à la suite de l'ablation des tumeurs, je ne fais aucun doute que, dans le cas particulier, le défaut de réunion immédiate dans les parties profondes et la production ultérieure d'un abcès assez considérable, n'aient tenu à la persistance dans les couches profondes du derme du fil de la suture qui y avait été laissé pendant quatre jours. J'ai établi dans un autre travail (Mém. de la Société de chirurgie, t. III) que les fils de suture sont parfaitement mobilisables dans nos tissus au bout de vingt-quatre heures, et peuvent en être retirés sans que cela compromette la cicatrisation, s'il n'y a pas ce que j'appelle tendance active à l'écartement. Je crois donc

que, dans les cas où on aurait recours à la suture des couches profondes du derme, l'enlèvement du fil au bout de vingt-quatre heures est tout à fait de rigueur. CHASSAIGNAC.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### ÉPURATION ET DÉCOLORATION DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE.

L'huile de foie de morue est naturellement incolore. Ainsi, en exprimant des foies de morue frais, l'huile qui s'en écoule est à peine ambrée comme de l'huile d'olive. Mais généralement ce n'est pas ainsi qu'on procède. Les pêcheurs à Terre-Neuve jettent les foies de morue dans des tonneaux et les amènent au port d'embarquement où on en extrait l'huile. Mais alors les foies ont subi une longue fermentation, et le produit qu'on en retire a une teinte qui varie du rouge clair au brun noir. C'est que pendant la fermentation l'huile s'est chargée de la matière colorante des foies et des tonneaux dans lesquels ceux-ci sont renfermés, enfin de celle produite par la fermentation elle-même.

Ainsi, contrairement à l'opinion générale, l'huile de foie de morue est naturellement incolore ; l'huile colorée l'est accidentellement.

Mais l'huile incolore des pharmaciens, quelquefois naturelle, est assez souvent le résultat de la décoloration de l'huile colorée par suite de la fermentation dont nous avons parlé.

On obtient cette décoloration par différents moyens. Voici ceux parvenus à notre connaissance :

On chauffe de l'huile de morue brune avec une petite quantité de lessive de soude à 35° ; bientôt un caillebotage brun se précipite, et l'huile devient blanc-jaunâtre et presque sans odeur.

On agite l'huile pendant quelque temps avec de la potasse à la chaux, à la dose de 3 à 4/100. Par le repos il se fait une séparation ; l'huile devient limpide et décolorée, tandis que des substances épaisses, chargées en couleur, sont précipitées au fond du vase.

Au point de vue thérapeutique, comment interpréter cette opération ? Entraîne-t-elle quelque portion des principes actifs de l'huile, ou les y laisse-t-elle intacts ? Rien ne fixe sur ce point d'une manière péremptoire. Mais il y a prévention contre l'huile décolorée artificiellement. Pour notre part, nous préférerions qu'on prît des mesures pour qu'aux lieux de pêche l'huile fût extraite immédiatement des foies. On aurait un produit dont l'ingestion serait plus facile que celle de l'huile brune, et sur lequel les praticiens ne seraient plus dans l'incertitude.

### REMÈDE HOLLANDAIS CONTRE LA FIÈVRE.

On trouve dans les auteurs anglais, sous le titre ci-dessus, la préparation suivante, qui du reste a beaucoup d'analogues dans les anciennes pharmacopées.

Poudre de quina jaune...... 30 grammes.
Poudre de crème de tartre.... 30 grammes.
Poudre de girofle........... 2 grammes.

Mêlez, et administrez 6 grammes toutes les trois heures.

### GOUTTES DE HARLEM.

Cette préparation, connue aussi sous les noms de *Gouttes hollandaises*, d'*Huile de Harlem*, de *Medicamentum gratiâ probatum*, jouit d'une très-grande réputation en Hollande et en Belgique ; en France, elle est fort préconisée par quelques personnes. Aussi les praticiens sont-ils quelquefois interrogés à son sujet. Les habitués en font une panacée universelle, tout en l'employant cependant plus particulièrement contre les affections goutteuses, rhumatismales, spasmodiques, la gravelle, et comme vulnéraire.

Des auteurs la présentent comme un mélange d'essence de térébenthine, de teinture de gaïac, d'alcool nitrique, de teinture d'ambre et d'essence de girofle.

D'autres disent que sa base est le résidu de la distillation de l'essence de térébenthine dans de certaines conditions. D'après l'*Officine*, ce serait une sorte d'huile de cade.

### MIXTURE FERRUGINEUSE POUR L'USAGE EXTERNE (Trousseau).

Sulfate de fer............... 10 grammes.
Tannin.................. 2 grammes.
Eau..................... 60 grammes.

Le résultat est une sorte d'encre ou *tannate de fer* destiné au pansement des ulcères phagédéniques ; on en répète l'application deux ou trois fois par jour.

### TAMPON STUPÉFIANT (Trousseau).

Extrait alcoolique de belladone... 10 centigrammes.
— d'opium.............. 5 centigrammes.

Placer ce mélange au centre d'un plumasseau de charpie ; nouer avec un fil à bouts libres, et introduire dans le vagin, jusqu'au col de l'utérus, dans les douleurs névralgiques : l'y laisser pendant vingt-quatre heures.

En ajoutant 5 décigrammes de tannin, on le rend propre à combattre les métrites douloureuses accompagnées de leucorrhée.

PROCÉDÉ PARTICULIER POUR OBTENIR LA MAGNÉSIE ANGLAISE, DITE DE HENRY.

On sait que la magnésie, dite de Henry, si estimée par les Anglais, et dont la préparation est tenue secrète, est fort lourde, grenue, tandis que la magnésie du Codex ou officinale est légère, pulvérulente. On suppose que cette magnésie est obtenue en humectant le carbonate magnésien que l'on veut calciner, et le tassant fortement dans un creuset. M. Collas a proposé, il y a quelques années, pour obtenir une magnésie fort lourde, le procédé suivant : on fait une pâte très-ferme en mouillant le carbonate de magnésie en poudre ; on la fait sécher à l'étuve et on la calcine, après l'avoir fortement tassée dans le creuset. Le procédé que donne Mohr se rapproche, à beaucoup d'égards, de celui de M. Collas ; il en diffère cependant en ce que le tassement ne paraît pas une condition aussi indispensable qu'on l'avait pensé.

On fait dissoudre dans de l'eau distillée du sulfate de magnésie pur, ne contenant pas de fer, et l'on ajoute dans la dissolution bouillante une solution de carbonate de soude, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus précipitation. On continue l'ébullition jusqu'à ce que le mélange ait cessé de dégager de l'acide carbonique, et on sépare le précipité par décantation. On ajoute alors de l'eau froide sur le précipité et on fait bouillir de nouveau, puis on jette sur un filtre et on lave à l'eau distillée chaude, jusqu'à ce que le liquide qui s'écoule ne donne plus trace de la présence de l'acide sulfurique. Le précipité pressé et desséché est très-blanc et dense ; on le calcine au rouge blanc, pendant une heure, dans un creuset de Hesse, bien fermé, et l'on obtient ainsi une magnésie d'un blanc magnifique, finement granulée ; seulement, dans les parties où elle a été en contact avec le creuset, elle prend une couleur jaune due à la présence du peroxyde de fer contenu dans le creuset. Cette magnésie a une légère teinte rosée par transparence ; à la lumière réfléchie, ell est d'un beau blanc ; sa densité et son poids spécifique seraient même supérieurs à ceux de la magnésie, dite de Henry. En effet, un pouce cube de magnésie de Henry pèse 7 grammes, et celle que Mohr a obtenue par son procédé pesait dans trois essais 10,74, 11,19 et 11,18 grammes. La pesanteur spécifique de la magnésie de Henry est de 2,50 à 2,67 ; celle obtenue par Mohr a une pesanteur de 3,148. Mohr conseille encore, dans le but de priver cette magnésie d'une petite quantité d'acide sulfurique qu'elle peut contenir, d'avoir la précaution, avant de calciner le carbonate de magnésie, de le faire chauffer légèrement et de le laver de nouveau avec de l'eau chaude.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

### OBSERVATIONS D'ÉPILEPSIES TRAITÉES PAR LES FRICTIONS STIBIÉES SUR LE CUIR CHEVELU.

Un de nos confrères, M. Mettais, médecin à Montrouge, a proposé, il y a trois ou quatre ans, les frictions stibiées sur le cuir chevelu contre l'épilepsie. Ce moyen, signalé dans le *Bulletin de Thérapeutique*, avait déjà été vanté par M. Peysson, médecin à Cambrai, qui prétendait lui devoir la guérison radicale d'une jeune épileptique et un grand soulagement chez deux autres malades; seulement le lieu d'élection pour les applications n'était pas le même. Celles-ci avaient été faites sur les points où abondent les vaisseaux lymphatiques. M. Peysson ayant adressé ses observations à l'Académie, une Commission fut chargée d'en vérifier l'importance. Les expériences de ce praticien furent répétées par les commissaires, qui étaient MM. Louyer-Villermay, Esquirol et Falret; mais elles demeurèrent complétement infructueuses. Une fois l'abondance de l'éruption força de suspendre les frictions, et cette suspension fut le signal du retour des accès, un moment éloignés.

On conçoit la différence, non des deux procédés, mais des deux méthodes. A l'appui de la sienne, M. Mettais cite plusieurs cas constatant des guérisons et des améliorations. Notre confrère, du reste, ne dissimule point les inconvénients de ce genre de médication. Les onctions, pratiquées dans le principe sur une trop grande surface, occasionnèrent de graves symptômes cérébraux et une réaction fébrile intense. M. Mettais opéra dès lors dans un cercle plus restreint. De la tête, il fit trois zones, l'une antérieure, les autres postérieures, qu'il attaqua successivement, sans choix pour le début, à moins que quelque indice, laissant supposer un point affecté dans le cerveau, ne l'engageât à commencer les frictions par la zone correspondante. L'éruption desséchée sur la première zone, une autre était entreprise, et ainsi de la troisième.

On pouvait certes attendre d'une médication aussi énergique quelque modification favorable. Un moment séduit par les succès de M. Mettais, je me décidai à essayer son traitement chez plusieurs de nos malades. Malheureusement, quelle que fût la prudence apportée dans cette tentative, il survint des symptômes tels dans la majorité des cas, que je n'osai poursuivre jusqu'au bout, et qu'aujourd'hui encore j'hésite lorsque la pensée me vient d'avoir recours aux frictions stibiées. On pourra juger, du reste, par les cas suivants, choisis parmi

d'autres moins significatifs, sinon de la valeur absolue de la méthode, au moins des conséquences qu'elle peut entraîner.

Obs. Ire. Verth..., trente et un ans, bijoutier, est un beau jeune homme, à tournure distinguée. Huit ans avant son entrée à Bicêtre, le 17 août 1848, il fut pris, sans cause appréciable, d'une attaque convulsive qui dura dix minutes. Cet accident se renouvela un mois, puis six semaines après. A partir de cette époque, les crises se rapprochèrent de plus en plus ; il en éprouva plusieurs la semaine. La veille de son admission, il en avait eu quatre ; leur caractère est épileptique. Il en est résulté une obtusion assez considérable, et même parfois de l'agitation maniaque. Divers traitements, notamment par la valériane, l'oxyde de zinc et le cyanure de fer, n'ont produit aucun amendement. Vers le milieu de septembre, nous le soumîmes aux frictions stibiées. Une première application donna lieu à de nombreux boutons et fut assez bien supportée. Il n'en fut pas de même de la deuxième. Les accès redoublèrent d'intensité et de fréquence ; le front, jusqu'à la racine du nez, et le pourtour des parties frictionnées se recouvrirent d'une vive rougeur érysipélateuse avec gonflement. Vainement ces symptômes furent combattus par des saignées et des révulsifs ; ils s'accrurent encore, et se compliquèrent d'une fièvre ardente, d'un violent délire et d'une prostration extrême. Tout espoir de salut parut anéanti pendant une dizaine de jours. La nature finit pourtant par triompher ; il sembla même que l'épilepsie voulût rétrograder. Il avait eu 67 attaques en septembre ; le mois d'octobre n'en compta que deux ; mais les accès reprirent leur cours. Il en suivint 14 en novembre, 12 en décembre et 14 en janvier 1849. Spontanément alors la maladie subit un nouveau temps d'arrêt, puis cessa de se montrer. Lorsque Verth... sortit au mois d'août suivant, il y avait cinq mois qu'il n'avait rien ressenti. Un an après, la santé s'était maintenue. Une circonstance que je ne dois pas omettre, c'est qu'en juin le malade faillit succomber au choléra. Cette affection, qui le retint vingt jours dans l'état le plus grave, serait-elle pour quelque chose dans la disparition des accidents convulsifs? Au lecteur d'attribuer à chaque influence sa part...

Obs. II. Vill..., âgé de douze ans, est entré à Bicêtre le 25 mai 1848. L'épilepsie, chez lui, date de trois ans. Les attaques se manifestent régulièrement tous les deux ou trois jours. Par moments, il est obtus, irritable, casseur. Entre autres traitements, il a suivi l'homœopathie, et Raspail lui a fait prendre des vermifuges. Le 2 septembre, les frictions ont été commencées ; elles ont, en cinq ou six jours, produit une éruption abondante, mais bientôt celle-ci s'est compliquée d'accidents formidables. Au gonflement érysipélateux du cuir chevelu,

du front et des joues, se sont joints une forte fièvre, du délire, du coma. Ces accidents, qui heureusement se dissipèrent, nous obligèrent de suspendre le traitement, que nous n'osâmes pas reprendre ; ils n'avaient amené d'ailleurs qu'une faible diminution dans les accès. Le nombre s'en était élevé, en août, à 40, et il n'y en eut en septembre que 17; mais l'ancienne proportion se reproduisit les mois suivants. La santé de Vill... était de plus en plus menacée. Une vingtaine d'attaques, survenues le 15 janvier 1849, vinrent l'accabler tout à fait; il fut emporté quelques jours après par une méningite aiguë.

Les membranes, dans leur généralité, avaient acquis une épaisseur considérable; on les détachait facilement, excepté dans quelques points. Le tissu sous-arachnoïdien était infiltré de pus; sur l'hémisphère droit existaient en outre deux coques osseuses de la grosseur d'une cerise, l'une au lobe postérieur, l'autre au lobe antérieur. Ces concrétions, nées de la dure-mère, s'enfonçaient dans le cerveau, dont la substance au point correspondant était ramollie jusqu'au ventricule. Nul doute qu'à cette altération anatomique ne fussent dues l'épilepsie et la méningite elle-même.

Obs. III. Dés... est un de nos épileptiques incurables; ses accès, très-rapprochés, l'ont plongé dans une sorte d'idiotisme. Comme expérimentation, il semblait dans des conditions moins favorables que les précédents, surtout que le premier. Son traitement a commencé en même temps. Il a subi deux éruptions. La dernière s'étant compliquée de gonflement érysipélateux, des symptômes cérébraux les plus graves, on a dû reculer devant une troisième application. L'épilepsie ne s'en est guère ressentie. En septembre et octobre, le relevé ne porte que 9 et 10 attaques; certains mois descendent au-dessous de ce chiffre, tandis que d'autres sont beaucoup plus chargés.

Obs. IV. Bong..., âgé de vingt ans, admis à Bicêtre au mois d'avril 1851, présentait depuis quelque temps des accès plutôt épileptiformes qu'épileptiques; il était en outre affecté d'une sorte de tremblement choréiforme. Aucun traitement, iode, valériane, zinc, n'avait calmé le mal, dont les manifestations avaient lieu sept ou huit fois par jour. Nous eûmes nous-même recours à d'autres moyens variés, sans aucun succès. Les frictions furent faites au mois d'août suivant. Entre autres accidents, la première éruption provoqua un singulier état de malaise nerveux et quelques vomissements. Ces mêmes accidents acquirent une intensité beaucoup plus grande à la seconde; il s'y ajouta de l'érysipèle et du délire. On n'alla pas plus loin. Les attaques n'avaient point diminué, même pendant la plus forte action du remède. Bong... est encore aujourd'hui (28 janvier) dans le même état.

Obs. V. Jav..., vingt-cinq ans, marchand de draps, fait remonter à quelques années l'origine de ses attaques ; il n'en connaît pas la cause. Seulement elles seraient devenues plus fréquentes à la suite d'un coup que lui porta sur la tête un de ses camarades, et qui a laissé à sa suite une céphalalgie habituelle et un peu de faiblesse dans l'un des côtés du corps. Les accès durent au plus une minute. Il n'a obtenu aucun résultat d'une foule de traitements qu'on lui a conseillés. C'est à la même époque que Bong..., que Jav... fut soumis aux frictions stibiées. Deux applications furent faites et n'amenèrent qu'une réaction modérée. Néanmoins le malade refusa obstinément de poursuivre le traitement, prétextant de trop vives douleurs locales. Les attaques ont diminué, mais n'ont point disparu.

Ces observations ne sont que médiocrement favorables aux frictions stibiées. On ne saurait affirmer qu'elles ont contribué à la guérison de Verth... ; chez les autres, elles n'ont produit que des changemens insignifiants. Nous nous sommes, il est vrai, arrêté en route ; mais cela même vient-il à la décharge du traitement ! Une infirmité, si pénible qu'elle soit, autorise-t-elle le médecin à substituer un danger à un autre, surtout quand les chances de guérison sont incertaines ?

Delasiauve,
Médecin de l'hospice de Bicêtre.

---

DE L'AMAUROSE CONSÉCUTIVE A L'OPÉRATION DE LA CATARACTE.

Le 19 juin 1852, je pratiquai la dépression par scléroticonixis à l'œil gauche de M. N...., négociant anglais, âgé d'une soixantaine d'années. La cataracte était lenticulaire, consistante, libre d'adhérences ; elle tomba avec rapidité sous la pression de l'aiguille. Je fis, avec précaution, des essais de vision ; tous les objets furent immédiatement aperçus. Je prescrivis quelques soins hygiéniques et des fomentations réfrigérantes. L'œil droit, atteint d'une cataracte peu avancée, permettait encore au malade de se conduire.

Quatre ou cinq heures après l'opération, M. N.... éprouva le sentiment d'une barre sur la région épigastrique ; il eut des nausées et un ou deux vomissements. Quelques tasses d'une infusion aromatique firent justice de ces accidents, qui étaient à peu près dissipés dans la soirée. Comme le lendemain le pouls était fort et fréquent, je fis pratiquer une saignée du bras. Dès lors, l'état général ne tarda pas à devenir ce qu'il était avant l'opération. Le malade ne se plaignit jamais d'une véritable douleur dans le globe opéré, ni dans les régions limitrophes.

Ayant visité l'œil, le troisième jour qui suivit l'opération, je le trou-

vai frappé d'amaurose. La pupille était nette, et avait son état physiologique ; rien ne portait obstacle à l'entrée des rayons lumineux vers le fond du bulbe ; et cependant la lumière n'était pas distinguée des ténèbres. Je fis continuer les fomentations ; j'ordonnai des pédiluves irritants et des purgatifs. Deux jours après, le malade put indiquer d'où venait le jour dans sa chambre à coucher ; peu à peu il distingua les couleurs et les objets. Il sortait avec un abat-jour vingt-deux jours après l'opération, et dînait à table d'hôte ; le succès de l'opération était complet.

Je trouve l'explication du fait qui précède dans les notes que j'ai recueillies à Vienne, en 1838, à la clinique de mon illustre maître, le professeur Rosas. D'après cet oculiste, il arrive quelquefois qu'une cataracte, un peu trop profondément déclinée, ne gêne pas la rétine immédiatement après l'opération, d'où le libre jeu de cette membrane à la perception des corps extérieurs. Mais, la lentille venant à se gonfler ensuite sous l'influence des liquides intrà-oculaires, la rétine subit une pression d'où peut résulter une amaurose, incomplète ou complète, qui s'évanouit graduellement à mesure que la résolution aura déterminé la diminution de l'obstacle. Rosas ajoutait que le cas était généralement très-fâcheux quand la goutte-sereine se produisait pendant l'opération elle-même, cette circonstance dénotant que la membrane sensitive a été meurtrie, déchirée, a subi, en un mot, une vulnération qui peut rester au-dessus des ressources de l'art. Vacca opérait un homme qui, cataracté d'un seul œil, pouvait distinguer encore, de ce côté, l'ombre des grands objets; chez qui tout annonçait, en un mot, une cataracte des plus bénignes ; or, la pupille se dilata au moment où l'on déprima le cristallin ; plongé immédiatement dans les ténèbres, l'organe resta, dès cet instant, amaurotique (1). Bien que la proposition qui vient d'être émise puisse être juste en thèse générale, il ne faut pourtant pas l'admettre d'une manière absolue.

Chez un aubergiste de Laqueue (près Saint-Maur), que j'ai opéré, il y a quelques années, avec le docteur Dupertuis, la faculté visuelle était éteinte immédiatement après l'opération ; mais quelques jours suffirent pour sa reconstitution, et cet homme a joui, depuis lors, d'une vue assez bonne pour se livrer à ses occupations habituelles.

En supposant que la cécité eût persisté dans l'œil gauche du négociant cité plus haut, et que les moyens thérapeutiques mis en œuvre n'en eussent pas triomphé, aurait-on été en droit d'en conclure que le malade en eût été affligé toute sa vie? Je reproduirai, à cet égard, un

(1) Ch. Deval, Traité de l'amaurose ou goutte-sereine. Paris, 1852.

fait clinique d'une haute importance, et qu'a publié le professeur Serre (de Montpellier). Un homme, atteint d'une cataracte à l'œil gauche, et que Delpech avait opéré par abaissement, avait recouvré de cet œil la faculté de voir. Trois ans après, il rentra à l'hôpital, cataracté de l'œil droit et amaurotique de l'œil gauche, dont la pupille, pure et régulière, avait perdu sa contractilité ; le malade n'y voyait plus à se conduire. L'opération ayant été exécutée au globe droit, la vision se réveilla de nouveau dans son congénère, et la pupille de ce dernier devint de plus en plus mobile, à mesure que l'organe, nouvellement opéré, distinguait plus nettement les objets. Deux autres observations de même nature ont été publiées par M. Serre. Ce professeur allègue, pour expliquer le phénomène, que la sensibilité de la rétine n'était, selon toutes les apparences, qu'à demi éteinte chez ses trois malades. Or, dit-il, il a fallu, pour la réveiller, que le bulbe, récemment opéré perçût vivement la lumière, et que cette impression se répétât sympathiquement, et d'une manière assez forte, sur le globe qui avait déjà, une première fois, recouvré la vue. Ch. Deval, D. M. P.

## BIBLIOGRAPHIE.

*Lettres sur la syphilis*, par Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi, etc. ; un volume in-8° de 280 pages.

*Traité de la maladie vénérienne*, par J. Hunter ; traduit de l'anglais par G. Richelot, avec de nombreuses annotations par Ph. Ricord ; 2e édition, un volume in-8° de 800 pages, avec neuf planches, chez J.-B. Baillière.

*Clinique iconographique de l'hôpital des Vénériens ;* Recueil d'observations, suivies de considérations pratiques sur les maladies qui ont été traitées dans cet hôpital, par Ph. Ricord ; un volume grand in-4°, avec 66 planches coloriées. Paris, Just Rouvier et Bénard.

Nous réunissons à dessein ces trois publications, non-seulement parce que l'auteur les a fait paraître ou les a terminées dans l'année qui vient de s'écouler, mais encore et surtout parce qu'elles sont toutes le développement d'une pensée générale, de la doctrine, de la systématisation simple et rationnelle des maladies syphilitiques que Hunter avait entrevue, mais que M. Ricord a eu l'honneur de porter au degré de perfection où nous la voyons aujourd'hui. On peut sans doute ne pas partager toutes les opinions de M. Ricord ; on peut n'accepter quelques-unes des lois qu'il a posées qu'avec réserve et comme point de départ de nouvelles recherches ; mais ce qu'on ne saurait contester, à moins d'injustice et d'ingratitude, c'est l'impulsion forte et vigoureuse que

le savant chirurgien de l'hôpital du Midi a imprimée à l'étude des maladies syphilitiques ; c'est l'ordre et la clarté qu'il a introduits dans une partie de la science qui semblait la plus embrouillée et la plus obscure de la pathologie. Qu'on se reporte par la pensée à l'époque où M. Ricord commença à répandre, par un enseignement clinique assidu, les doctrines et les vérités aujourd'hui acceptées de tous. La blennorrhagie n'était-elle pas confondue avec la syphilis, rangée dans le même cadre, placée sur le même plan, traitée de même? Les accidents syphilitiques, proprement dits, n'étaient-ils pas tous confondus, sans ordre, sans méthode, sans précision, et les idées les plus fausses n'étaient-elles pas répandues sur l'évolution et sur la transmissibilité de quelques-uns d'entre eux ? le traitement n'était-il pas réduit à une banalité désespérante, et ne laissait-il pas grandement à désirer, surtout pour les accidents anciens et invétérés ?

Nous ne faisons là que toucher les points principaux. Eh bien ! aujourd'hui, la blennorrhagie est séparée définitivement de la syphilis proprement dite; et si quelques blennorrhagies ont paru devenir le point de départ d'accidents consécutifs, il est permis de croire que des chancres situés dans le canal de l'urètre avaient échappé à l'attention des observateurs. Peut-être la blennorrhagie reconnaît-elle une cause spéciale ; la question n'est pas jugée ; mais ce qui est bien certain, c'est que cette cause n'est pas celle qui produit la syphilis ; c'est que ses conséquences sont tout à fait différentes, et que son traitement, à moins d'être empirique, ne saurait être celui de la vérole. Pour la syphilis proprement dite, quelle simplification précieuse ! Cette maladie ramenée à trois périodes bien caractérisées et bien distinctes : 1° accident primitif, le chancre, résultat immédiat de la contagion, source obligée du virus reproducteur, persistant à l'état d'accident local sur la peau ou sur la muqueuse dans de certaines limites, pouvant s'étendre aux ganglions voisins seulement, et donner naissance aux bubons, enfin, infectant l'économie ; 2° accidents secondaires ou empoisonnement constitutionnel résultant de cette infection et se montrant d'abord dans le cours des six premiers mois, ayant pour siége la peau, les muqueuses et leurs annexes; accidents supposés contagieux sans démonstration rigoureuse, qu'on n'a pas encore pu reproduire par l'inoculation artificielle, transmissibles par voie d'hérédité par la mère, et par le mari isolément, ou par les deux à la fois ; 3° accidents tertiaires se montrant rarement pour la première fois avant le sixième mois, ayant pour siége le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux, les tissus fibreux, osseux et musculaire, certains organes, testicules, cœur, cerveau, poumons, foie, etc. (Non-seulement aucune de leurs sécré-

tions morbides n'est contagieuse par les contacts ordinaires et ne peut être inoculée, mais leur influence spécifique sur l'hérédité semble aller toujours en décroissant, pour ne devenir plus tard qu'une des causes héréditaires des scrofules). Enfin, pour le traitement de la vérole elle-même, que l'on compare avec ces préceptes ambigus et contradictoires d'une autre époque, ce résumé de la thérapeutique de la syphilis dans les quatre propositions suivantes : 1° traitement abortif appliqué au chancre aussitôt que possible ; 2° traitement mercuriel réservé au chancre induré et aux accidents secondaires ; 3° iodure de potassium appliqué aux accidents tertiaires ; 4° traitement mixte par le mercure et l'iodure de potassium contre les accidents secondaires tardifs, ou alors qu'il existe en même temps des accidents tertiaires.

Chacun des trois ouvrages dont le titre figure en tête de cet article concourt au même but, à l'affirmation, à la démonstration de la doctrine que les travaux de M. Ricord ont conduite à l'état d'unité où nous la voyons aujourd'hui ; mais chacun par des voies différentes et dans des limites plus ou moins étendues.

Les *Lettres sur la syphilis*, écrites dans un style plein de grâce et d'élégance, émaillées de traits heureux et d'anecdotes spirituelles, semblent, en quelque sorte, chargées de populariser la doctrine, de la rendre aimable et facile, de faire oublier, par le charme et l'agrément des détails, la sécheresse et l'aridité du fond.

Le *Traité de la maladie vénérienne* de Hunter est, au contraire, une œuvre didactique, offrant l'exposition complète, minutieuse, détaillée de toutes les manifestations de la syphilis. Ici, la théorie, sans s'effacer complétement, fait largement place aux détails pratiques. OEuvre remarquable par elle-même, ce traité emprunte aux additions nombreuses de M. Ricord un caractère tout particulier : ce n'est plus Hunter seulement, avec ses préjugés, ses doctrines préconçues sur beaucoup de points ; c'est Hunter modifié, corrigé et ramené à la hauteur de la science moderne. Peut-être les amateurs de vieux livres et de vieux auteurs pourraient-ils trouver à redire à ces additions, à ces annotations qui commentent, combattent et réfutent trop souvent le texte original ; mais ce dont nous sommes sûr, c'est que les praticiens ne se plaindront pas d'une pareille richesse, et que ces annotations, ces additions ne seront pas trouvées trop longues. Il y a plus, c'est qu'actuellement, et en attendant que M. Ricord ait publié le grand traité des maladies vénériennes auquel il travaille depuis nombre d'années, le traité de la maladie vénérienne de Hunter est le seul ouvrage dans lequel les médecins peuvent aller chercher la pratique de M. Ricord, le seul dans lequel il ait consigné sa doctrine, non-seulement dans son

ensemble, mais dans ses détails et dans ses applications pratiques.

La *Clinique iconographique*, de son côté, a pour but de faire passer sous les yeux du lecteur, représentées avec la plus grande exactitude et accompagnées d'observations complètes et intéressantes, les formes diverses des accidents syphilitiques dans leurs variétés, dans leurs diverses périodes, avec leurs complications, de manière à ce que les problèmes les plus importants de la syphilographie y trouvent à la fois et des exemples propres à faciliter leur solution pratique, et la représentation la plus fidèle des lésions qui s'y rattachent. Admirablement compris et servi par deux artistes de mérite, MM. Beau et Bion, M. Ricord a publié une œuvre qui ne laisse rien à désirer, ni sous le point de vue scientifique, ni sous le rapport artistique ; il a élevé un de ces monuments qui honorent la mémoire de ceux qui en ont produit de pareils.

Et tous ces ouvrages, M. Ricord les a fait paraître au milieu des agitations et des luttes qu'il a eu à soutenir dès le premier jour, malgré les fatigues d'un enseignement clinique assidu et d'une clientèle nombreuse. Qui ne se sentirait pris, en face d'un tel spectacle, d'un sentiment profond d'estime et de gratitude pour le savant, pour le professeur, pour le praticien qui donne un si noble exemple ! Qu'il en trouve ici l'expression la plus vraie et la plus sincère, et qu'elle lui soit, avec la certitude d'avoir travaillé pour la science et pour ses confrères, une consolation des attaques passionnées et trop souvent injustes dont il a été l'objet.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

*Quelques mots sur la constitution médicale régnante.* — Les brusques variations atmosphériques auxquelles nous avons été soumis ces jours derniers ont porté leurs fruits. Il était difficile qu'il en fût autrement : pendant douze ou quinze jours, nous avons été sous le coup d'une température de la zone torride; puis, en très-peu de temps, la température s'est abaissée de 15° au moins, et à des journées brûlante ont succédé des journées fraîches, des nuits presque froides. Aussi, a-t-on vu paraître en très-grand nombre les affections qui se lient le plus fréquemment à ces brusques variations de température, la dyssenterie, la cholérine; quelques cas de choléra ont même été observés dans les hôpitaux, et nous savons que deux au moins ont été suivis de mort. Chose plus rare à cette époque de l'année, et dans notre climat ! des pneumonies en assez grand nombre, et quelques-unes

fort graves, se sont montrées dans ces derniers jours. Nous avons même vu à la Pitié une jeune femme, enceinte de sept mois, affectée d'une double pneumonie, à laquelle elle n'a pas succombé fort heureusement, malgré un avortement, et cela, grâce à un traitement antiphlogistique fort énergique. Depuis quelques jours aussi, les fièvres typhoïdes ont paru, bénignes pour la plupart, mais assez communes ; elles avaient manqué presque entièrement pendant l'hiver.

On voit que notre constitution médicale est assez chargée en ce moment, beaucoup plus chargée certainement qu'elle ne l'est d'ordinaire à cette époque. Son caractère prédominant est certainement la forme catarrhale ; en d'autres termes, c'est la continuation de celle qui a régné pendant tout l'hiver et qui a été marquée par un nombre immense de catarrhes pulmonaires et intestinaux. Ces derniers, qui en ce moment affectent assez souvent la forme, de la cholérine, ne nous ont pas paru, pour la plupart, avoir de gravité, malgré l'abondance des garderobes, dont le nombre s'élève quelquefois jusqu'à 40 ou 50, malgré l'intensité des coliques, la dépression des forces, l'altération des traits, etc. Les opiacés réussissent très-bien dans ces cas ; il en est de même dans les dyssenteries, qui ont été fort communes, principalement dans la garnison. Un fait assez curieux, relatif à ces cholérines, c'est que le flux intestinal cesse de lui-même la nuit, quel qu'ait été le nombre des garderobes dans la journée.

Contre les pneumonies, nous avons vu le tartre stibié, à dose rasorienne, réussir merveilleusement, en ayant soin de le faire précéder, dans les cas graves ou chez les sujets pléthoriques, d'une saignée ou deux au plus. Quant aux fièvres typhoïdes, leur bénignité est telle jusqu'ici, que des émollients *intus* et *extra*, quelques bains et un purgatif de temps en temps, pour débarrasser l'intestin lorsque le dévoiement se suspend pendant quelques jours, nous ont suffi presque toujours pour mener les malades à la convalescence et à la guérison.

---

*Bons effets de l'emploi des serres-fines dans un cas de chute de l'utérus.* — Dans notre livraison du 15 juillet dernier (t. XLI, p. 16), nous avons exposé la méthode de resserrement artificiel du vagin proposée par M. Desgranges pour remédier au prolapsus utérin. Tout en reconnaissant au procédé de ce chirurgien une supériorité manifeste sur les procédés connus jusqu'ici, nous n'en exprimions pas moins cette pensée, que cette méthode ne nous paraissait utile et susceptible d'être appliquée avec succès que dans quelques cas particuliers, l'usage des pessaires devant suffire pour le plus grand nombre des cas. Nous ne demanderions pas mieux que d'avoir à modifier

cette appréciation si l'expérience donnait raison à la nouvelle méthode. Aussi nous ferons-nous un devoir, jusqu'à ce que les faits soient assez multipliés pour asseoir un jugement définitif, d'exposer les résultats de toutes les tentatives qui seront faites, quels qu'ils soient d'ailleurs, favorables ou non. A ce titre, nous rapporterons le fait suivant, qui vient de se passer dans la clinique de M. Nélaton :

Une femme, âgée de cinquante-quatre ans, d'une bonne constitution, ayant eu cinq grossesses consécutives, toutes accompagnées d'un travail pénible, et ayant éprouvé, il y a cinq ans, pendant qu'elle faisait un violent effort pour remuer un lourd fardeau, une douleur vive dans les reins, du côté du bassin et des aines, a toujours été sujette, depuis cette époque, à un sentiment pénible de tiraillement et de gêne dans ces régions, avec sensation d'un corps tendant à s'échapper de la vulve, auquel s'est jointe en dernier lieu une rétention d'urine. Cette femme étant entrée à la clinique, dans le service de M. Nélaton, on trouva, à l'examen, faisant saillie à la vulve, une tumeur ovoïde, grosse comme un œuf de poule, dont le plus grand diamètre est antéro-postérieur, d'un rose vif, lisse, offrant des rides transversales à la paroi antérieure. Derrière ces rides transversales on sentait une masse flasque, molle; c'était la vessie. La première tumeur était évidemment l'utérus, dont le col et le corps derrière la vessie. Bref, on avait affaire à une chute de l'utérus avec une cystocèle vaginale. En présence de cette affection, deux indications se présentaient : réduire l'utérus; le maintenir réduit. La première indication, dans ce cas, n'offrait aucune difficulté; mais il n'en était pas de même de la seconde. M. Nélaton, après avoir balancé entre eux les avantages et les inconvénients des divers moyens imaginés pour obtenir la contention permanente et définitive de l'utérus, s'est arrêté à l'emploi de la méthode de M. Desgranges, dont nous venons de parler. Voici comment il a procédé.

A l'aide du spéculum, neuf grosses serres-fines ont été placées dans le vagin, tant sur la paroi antérieure que sur la paroi postérieure du vagin, après que l'utérus a été remis à sa place. La malade garda le lit.

Le lendemain, il n'était survenu aucun accident; pas de douleur, un léger écoulement blanc. Les serres-fines sont tombées successivement ; et après la chute de la dernière, la malade s'est levée et l'utérus n'est pas descendu. Néanmoins, M. Nélaton jugea nécessaire d'appliquer de la même manière dix nouvelles petites pinces ; ce qui fournit l'occasion de remarquer, en portant le doigt dans le vagin, de petites élevures produites par le pincement des serres-fines. Cette se-

conde application fut supportée aussi bien que la première, et après la chute des pinces, qui eut lieu un peu plus tôt qu'à la première application, la malade put se lever sans éprouver aucune gêne ni aucune incommodité ; elle assurait se trouver comme avant sa maladie, au point qu'elle put aller et venir et faire son lit sans rien ressentir du côté du bas-ventre. Malgré cela, M. Nélaton s'est décidé à faire encore une troisième application afin de consolider la guérison, et la malade quittait l'hôpital quelque temps après, ne présentant plus aucune trace de sa maladie. Cette femme ne s'étant plus représentée depuis à la consultation, tout porte à croire que sa guérison s'est maintenue.

Voilà donc un fait évidemment favorable à la méthode en question. Sans préjuger ce qui pourra survenir ultérieurement, et en admettant même que la guérison ne dût pas se maintenir d'une manière définitive, que la cure ne fût que palliative et qu'il devînt nécessaire, dans un temps plus ou moins éloigné, de répéter l'opération, nous n'en considérerions pas moins encore cette méthode comme une acquisition très-utile et digne d'être encouragée. En effet, si l'on considère, d'une part, son innocuité ; si l'on tient compte, d'autre part, de la gravité de l'affection qu'elle est destinée à combattre, de sa tendance incessante à se reproduire par suite de l'allongement et de l'espèce d'hypertrophie longitudinale qu'affectent le col et le corps de l'utérus ainsi prolabé ; si l'on considère enfin que toutes ces circonstances ont paru assez graves pour déterminer quelques chirurgiens à pratiquer la résection du museau de tanche, on aura des motifs plus que suffisants de donner la préférence à une méthode aussi aisée à employer qu'innocente dans ses résultats.

---

*Chorée de cause rhumatismale traitée avec succès par le sulfate de quinine à haute dose.* — Les rapports intimes que les recherches modernes, et en particulier celles de M. Sée, ont montré exister entre le rhumatisme et la chorée devaient conduire à employer contre cette dernière maladie le traitement qui se montre si souvent d'une efficacité merveilleuse dans la première : nous avons nommé le sulfate de quinine. Il paraîtrait cependant, si nous nous en tenons aux quelques expériences tentées par ce médecin, que ce médicament ne possède pas, dans les cas de ce genre, une efficacité constante. Sur trois essais tentés par ce médecin à l'aide de ce moyen, il y a eu deux insuccès complets, et le troisième n'a réussi que parce qu'il s'agissait d'un malade qui avait déjà suivi d'autres traitements pendant quarante-cinq jours, et qui était arrivé au cinquante-septième jour de la maladie. Ces insuccès ne

tiendraient-ils pas à ce que le sulfate de quinine n'a été mis en usage qu'à une époque assez éloignée du début de la maladie, et surtout de sa liaison avec le rhumatisme? Peut-être serait-on plus heureux si l'on administrait ce médicament à une époque plus rapprochée de l'origine rhumatismale ; c'est du moins ce que nous serions tenté de conclure du fait suivant :

Henri (Elisa), jeune personne de seize ans, couturière, d'une assez bonne constitution, quoique d'un tempérament fortement lymphatique, à la taille élancée, à la peau fine et transparente, au teint blanc, d'une santé habituellement bonne, et bien réglée, habitant dans les environs de Paris un endroit sec et aéré, avait éprouvé, dans le courant de juin dernier, un gonflement douloureux, avec coloration rosée des deux cous-de-pieds, qui lui avait duré quinze jours, et qui avait été accompagné, dans le courant de la même semaine, de douleurs dans les genoux, sans gonflement. Le traitement ne consista qu'en des applications camphrées ; pas de saignée ni de sulfate de quinine. Aussitôt que les pieds furent désenflés, elle fut prise, dans la nuit suivante, d'une agitation convulsive, d'abord dans l'épaule gauche, puis dans le bras et la main correspondants. Quelques jours après, dans la même semaine, la jambe gauche fut prise à son tour de mouvements convulsifs, mais qui ne durèrent que quatre ou cinq jours. Ces mouvements choréiques, d'abord peu prononcés, finirent par priver la malade de l'usage de son membre supérieur gauche ; elle ne pouvait prendre un objet sans courir le risque de le laisser tomber ; elle ne pouvait plus ni coudre, ni s'habiller elle-même. Enfin, depuis trois jours, un peu d'agitation avait paru dans la main droite, lorsqu'elle se décida à entrer, le 19 juillet, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Aran.

Cette jeune fille présentait l'aspect d'une santé parfaite ; aussi fut-on bien surpris, en auscultant le cœur, de trouver à la pointe un bruit de souffle des plus forts, prolongé, progressif, commençant immédiatement après le premier bruit et se prolongeant dans l'intervalle ; tandis qu'il n'y avait sur les parties latérales du cou qu'un bruit de souffle intermittent. Du reste, la malade n'avait ni gêne de la respiration, ni palpitations de cœur. Ce qui la préoccupait surtout, c'était l'état de son membre supérieur gauche : appliqué sur un plan solide et appuyé contre le corps, ce membre n'éprouvait que très-peu de mouvements ; à peine si de temps en temps l'épaule était un peu soulevée par une contraction du trapèze ; mais la main était toujours agitée ; les doigts se fléchissaient et s'étendaient alternativement. Impossible de serrer un peu fortement et de s'aider, par conséquent, de sa main qui s'ouvrait involontaire-

ment. La malade pouvait étendre le membre supérieur gauche ; mais dès qu'elle le laissait dans cette situation, les doigts s'étendaient et se fléchissaient, et aussitôt qu'elle cessait la contraction, les doigts s'étendaient et se courbaient alternativement d'une manière convulsive. Au membre supérieur droit, lorsqu'il était appliqué contre le corps, on n'apercevait autre chose qu'un peu d'agitation du pouce. Quelques petits mouvements convulsifs de la face ; un peu d'agitation de la langue.

Après lui avoir fait prendre un bain, qui ne modifia en rien son état, M. Aran, frappé du mode de production de cette chorée et de sa relation évidente avec un rhumatisme articulaire aigu, lui prescrivit le sulfate de quinine, à la dose de 1 gramme 50 en trois prises. Le lendemain, 22 juillet, la malade était déjà plus calme. La dose de sulfate de quinine fut portée à 2 gr. 50 en cinq prises. Le 23, la malade se trouvait encore mieux : elle pouvait maintenant saisir les objets et les serrer assez fortement. La veille, elle avait pu donner à manger à l'enfant de sa voisine. Le sulfate de quinine fut continué à cette même dose, sans déterminer autre chose qu'un peu de céphalalgie. Le 25, la malade quittait l'hôpital, se trouvant parfaitement bien, conservant à peine traces d'agitation choréique et ayant recouvré le libre usage de ses membres.

---

*Anévrysme de l'aorte comprimant le nerf récurrent ; altération particulière de la voix ; atrophie des muscles laryngiens animés par ce nerf.* — Dans un mémoire qu'il a adressé, il y a quelques années, à l'Académie de médecine, M. Legroux, médecin de l'hôpital Beaujon, a présenté un tableau très-détaillé et très-précis des symptômes liés à la lésion du nerf récurrent ; il a insisté en particulier sur certains troubles curieux de la phonation : « La voix affaiblie, dit M. Legroux, ne peut s'élever que par un effort extraordinaire d'expiration ; sans cela elle reste basse ; quand elle s'élève, elle est enrouée ; les mouvements d'inspiration et d'expiration donnent lieu à un bruit de frôlement laryngé, analogue à celui que produirait une végétation flottante dans cette cavité, plus ou moins analogue à celui que produit un polype mobile dans les fosses nasales. » Aphonie incomplète, enrouement de la voix, bruit de frôlement laryngé, tels sont les trois phénomènes que M. Legroux a rattachés à la lésion du nerf récurrent, en y ajoutant un caractère spécial, mais qui ne paraît pas exister dans tous les cas, l'unilatéralité de la voix en opposition avec l'unilatéralité du bruit de frottement ; la première comme le second ne paraissant se produire que d'un côté, incomplète, boiteuse. Il était curieux de vérifier si ces altérations dans le timbre de la voix tenaient seulement à la compres-

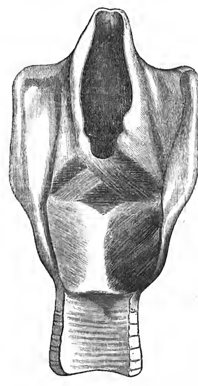
sion du nerf, si elles n'étaient pas en rapport avec quelque altération dans les muscles animés par ce nerf. C'est ce qui ne peut être douteux aujourd'hui, en présence du fait si curieux consigné par M. Banks dans un des derniers numéros du Journal de médecine de Dublin. Voici ce fait :

Un homme de quarante ans, tailleur, fut pris, à la suite d'un refroidissement, d'une toux incessante et d'une raucité particulière de la voix, pour laquelle on crut devoir lui pratiquer la section de la luette, qui était fortement allongée. Cette opération n'eut aucun résultat favorable ; bien plus, la voix alla toujours s'affectant davantage. Cinq mois après l'opération, la voix était complétement éteinte ; impossibilité d'articuler quelques mots de suite sans faire une profonde inspiration ; toux continuelle, respiration comparativement faible dans le poumon gauche ; bruits du cœur normaux ; mais à droite du sternum, et dans le second espace intercostal, légère diminution de sérosité avec une impulsion presque aussi forte que celle du cœur ; et du côté gauche, dans l'artère carotide, un bruit très-faible accompagnant le premier bruit du cœur. Quelques mois auparavant, cet homme avait éprouvé de la dysphagie, surtout de la difficulté à avaler les liquides; mais ces symptômes, de même que des douleurs dans le cou et dans l'épaule gauche, que le malade avait éprouvées auparavant, avaient entièrement disparu.

Trois mois après, les symptômes s'étaient encore aggravés. Mais ce qui attirait particulièrement l'attention, c'était l'altération remarquable du timbre de la voix, qui rappelait ce qui se passe lorsqu'une personne enrouée veut trop élever la voix sans pouvoir y réussir. C'était un caractère d'enrouement tout particulier, et que l'on retrouvait également dans la toux. Des crachats épais, visqueux, mucoso-purulents, expectorés avec beaucoup de difficulté et en grande quantité ; les réveils en sursaut ; des accès de dyspnée ; une faiblesse extrême du pouls au poignet gauche ; tout cela, joint à la matité sous-claviculaire dont il a été parlé et à la présence d'un bruit particulier à ce niveau, isochrone avec le second bruit du cœur : tels étaient les symptômes observés chez ce malade et qui, allant en augmentant, finirent par amener sa mort vers le milieu du mois de mai dernier.

L'examen du cadavre fit reconnaître une énorme dilatation du sinus de l'aorte, et un anévrysme ayant presque le volume d'une noix de coco, intéressant cette partie de la crosse de l'aorte, de laquelle se détachent les artères carotide et sous-clavière gauche. En arrière, cet anévrysme pressait sur l'œsophage ; mais il était surtout comme plongé dans l'épaisseur de la partie supérieure du poumon gauche. La veine

innominée croisait en travers la tumeur, ainsi que le nerf phrénique. Le nerf pneumo-gastrique était aplati à la surface de la tumeur et paraissait plus volumineux que celui du côté opposé. Mais ce qui mérite une mention spéciale, ce qui rend compte des phénomènes particuliers observés du côté du larynx, c'est que tous les muscles de ce conduit, qui sont animés par le nerf récurrent laryngé, étaient complétement atrophiés du côté gauche, ainsi qu'on peut le voir sur la planche ci-jointe. Le crico-arythénoïdien latéral, et le thyro-arythénoïdien avaient complétement disparu de ce côté. Le contraste était frappant entre le crico-arythénoïdien postérieur droit et le même muscle du côté gauche ; les fibres du premier étaient bien développées et d'un beau rouge, tandis que celles du second étaient presque entièrement transformées en un tissu cellulaire pâle, qui conservait très-peu de l'aspect musculaire. Les fibres obliques du muscle arythénoïdien semblaient aussi avoir éprouvé la même transformation, particulièrement celles qui se portent de la base du cartilage arythénoïde gauche au sommet du cartilage arythénoïde droit. En revanche, les fibres transversales de ce muscle étaient bien développées et bien colorées. Ainsi que l'on devait s'y attendre, ni l'un ni l'autre des muscles crico-thyroïdiens n'avaient subi d'altération dans leur texture.



# RÉPERTOIRE MÉDICAL.

**AMAUROSE** *guérie par l'emploi topique de l'ammoniaque.* En thérapeutique on oublie trop vite les succès obtenus avec tel ou tel moyen. Il y a déjà bien des années que les applications irritantes sur l'œil ont été recommandées comme moyen de guérir l'amaurose, surtout dans la forme asthénique ou torpide de cette maladie. A ce titre, les lotions et surtout les vapeurs d'ammoniaque dirigées vers le globe oculaire peuvent donner de véritables succès, et l'on est étonné qu'une pratique qui compte pour elle le grand nom de Scarpa ne se soit pas davantage généralisée. Nous trouvons dans la Gazette médicale italienne un fait qui vient à l'appui des considérations qui précèdent.

Une femme de trente-deux ans, d'un tempérament nerveux lymphatique, vint consulter M. Coen pour une cécité complète de l'œil droit et pour une diminution de la vue de l'œil gauche. A la suite d'abondantes hémorrhagies survenues à chacune de ses couches, elle était devenue sujette à une céphalée intense, dont on ne triomphait qu'avec le sulfate de quinine. Au commencement de l'année 1851, lorsque depuis trois ans elle était tourmentée de cette céphalée, la vue de l'œil droit commença à faiblir. Cet œil, après la perte de la vue, devenue complète en dix mois, offrait la pupille contractée et dans une immobilité absolue ; pas de changement de couleur du fond de l'œil, aucune sensation à l'approche de la lumière artificielle. Après vingt jours d'un emploi inutile des évacuants cutanés et intestinaux, M. Coen songea que cette amaurose était de celles que Scarpa avait traitées avec succès par l'usage externe de l'ammoniaque. Il prescrivit à la malade de baigner de temps en temps les paupières et les sourcils avec de l'ammoniaque légèrement étendue. Au bout de dix jours de l'emploi de ce moyen, l'œil avait déjà acquis une certaine mobilité; la pupille était moins rétrécie; la malade annonçait qu'elle distinguait la lumière des ténèbres et l'ombre des corps. L'auteur recommanda alors à la malade de diriger sur l'œil amaurotique les vapeurs émanant directement du flacon, jusqu'à ce qu'elle fût fatiguée par le larmoiement. L'amélioration marcha dès lors si rapidement qu'à la fin de décembre, après un mois et demi environ de traitement, la malade avait entièrement recouvré la vue. — Sans contester les avantages de l'emploi topique de l'ammoniaque contre certaines formes de l'amaurose torpide, ne pourrait-on pas se demander si, dans le cas précédent, les ferrugineux, les toniques et les analeptiques n'auraient pas amené la guérison en moins de temps et d'une manière plus sûre et plus durable que les vapeurs d'ammoniaque ? Cette question peut être certainement prise en considération en présence de la cause qui paraît avoir produit cette céphalée persistante qui a précédé l'amaurose, nous voulons parler des abondantes hémorrhagies qui ont marqué chacune des couches de cette malade.

---

**CHAMPIGNONS** *vénéneux* (*Nouvelles remarques sur la possibilité d'enlever aux) leur propriété toxique.* Nous avons donné place dans ce journal aux remarques de MM. Desmastis et Corne, tendant à affaiblir la confiance que pouvait inspirer le procédé donné par M. Gérard pour enlever aux champignons leurs propriétés toxiques, et à expliquer par l'influence des climats, des saisons et des terrains, l'innocuité de certaines espèces vénéneuses, traitées par le procédé de cet expérimentateur. Il paraîtrait cependant, si l'on en juge par une lettre de M. Cadet-Gassicourt, que ces deux médecins se sont un peu trop empressés de conclure de quelques faits plus ou moins curieux, mais dont pas un seul ne semble contredire, même spécieusement, les faits consignés dans les rapports au Conseil de salubrité. Qu'on puisse manger impunément l'*agaricus ruber* de Decandolle et toutes les *russules*, cela ne prouve rien contre les expériences de M. Gérard. Il est possible même que l'on puisse manger de *fausses oronges* cuites sur des charbons ardents ; cela prouverait que l'action directe du feu sur le gril décompose dans la fausse oronge, comme on sait

qu'elle le fait dans d'autres champignons suspects, le principe toxique que la cuisson ordinaire ne détruit pas ; mais le fait, fût-il avéré, il ne contredirait pas la possibilité d'enlever aux champignons leur principe vénéneux par l'intermédiaire de l'eau. Les conditions de climat, de sol, d'air, d'ombre, d'humidité, de culture, etc., peuvent bien exercer de l'influence sur le développement des bons et des mauvais champignons ; elles peuvent faire que les espèces savoureuses soient meilleures et plus abondantes dans certains climats, tandis que les espèces meurtrières abondent dans d'autres ; mais cette influence ne va pas, que l'on sache, jusqu'à faire que, sous aucune zone, les plus mauvaises espèces perdent leurs propriétés toxiques. Les expériences de M. Gérard semblent donc conserver leur caractère d'utilité et d'authenticité. Nous n'en répéterons pas moins ce que nous avons dit à l'époque où les résultats de ces expériences ont été publiés, que ce sont là des faits très-curieux pour la science, mais qu'il y aurait le plus grand danger à voir entrer dans la pratique générale, à cause des accidents terribles qui pourraient être la conséquence d'une préparation incomplète. (*Journ. des Conn. méd. prat.*, juillet 1852.)

**CIGARES MÉDICAMENTEUX** (*Un mot sur les*) *et sur la possibilité d'employer sous cette forme un grand nombre de substances médicamenteuses.* On sait que, dans ces derniers temps, on a fait usage de diverses substances organiques et inorganiques, faciles à volatiliser, sous forme de cigares médicamenteux. Le datura stramonium, la ciguë, le camphre, le sublimé corrosif, ont été tour à tour employés sur une assez grande échelle, soit isolément, soit en employant comme excipient le tabac privé de sa nicotine. L'efficacité remarquable des cigarettes de sublimé, dans le traitement des ulcères syphilitiques de la gorge, a fait penser M. Landerer à tenter quelques expériences avec un certain nombre de médicaments sous cette forme Ainsi, il a employé des cigarettes préparées avec du tabac privé de sa nicotine et imprégné de teinture d'iode, d'une solution d'iodure de mercure dans l'éther sulfurique, ou d'une solution d'iodure de potassium, et il s'en est bien trouvé dans le cas d'ulcérations syphilitiques de la gorge et d'ozène. Les cigarettes préparées avec du tabac, également privé de nicotine, mais imprégné d'une solution éthérée de jusquiame, lui ont réussi pour calmer plusieurs toux convulsivos rebelles, sans qu'il soit survenu de narcotisme. Entre autres substances qu'il a employées sous cette forme, M. Landerer cite la solution de créosote dans l'alcool et l'éther, qu'il a trouvée très-utile dans les ulcérations scorbutiques des gencives ; la teinture de musc, avec laquelle il a calmé des toux hystériques et spasmodiques ; la solution alcoolique d'acétate de morphine, avec laquelle il a guéri de graves accès hystériques chez un sujet très-irritable, et avec laquelle les maux de dents les plus douloureux sont calmés instantanément. M. Landerer a encore employé des cigarettes préparées avec du tabac trempé dans la solution de Fowler. Il résulte évidemment de ces expériences, que cette forme de médication peut s'étendre à beaucoup d'autres substances médicamenteuses. (*Buchner's Repert.*, vol. VI, p. 345.)

**ENGELURES** (*Emploi du collodion contre les*). Les engelures constituent souvent une affection fort douloureuse et fort difficile à guérir. Le moyen que propose M. Wetzlar, médecin à Aix-la-Chapelle, a au moins cet avantage que, s'il ne réussit pas, il n'aggrave en rien, comme le font malheureusement beaucoup d'autres, l'état des malades. C'est du collodion que ce médecin fait usage. Les effets du collodion, dit-il, sont presque instantanés : dans un assez bon nombre de cas que j'ai observés, la douleur et la démangeaison ont cessé presque immédiatement après l'application. La rougeur des parties affectées a disparu de même, mais il a fallu pour cela quelquefois plusieurs jours et une application réitérée. Dans les cas où il y avait ulcération, l'usage du collodion a été suivi des mêmes résultats, mais M. Wetzlar a été forcé d'en répéter l'application trois à quatre fois. Les cas d'engelures ulcérées que ce médecin a soignées dernièrement n'étant pas des plus graves, il n'affirme pas que le collodion agisse aussi bien dans les engelures ulcérées, accompagnées

d'une sécrétion plus abondante qu'à l'ordinaire.—Les effets remarquables du collodion dans le cas de brûlure et dans le traitement de plusieurs affections érythémateuses et vésiculeuses de la peau nous portent à penser, avec M. Wetzlar, que ce moyen doit avoir une véritable efficacité dans le traitement des engelures, mais principalement de celles qui ne sont pas ulcérées ou dont les ulcérations ne présentent pas de gravité. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, *Journ. de Brux.*, juillet.)

---

**HÉMOSTATIQUE** (*Emploi du nid de la fourmi bi-épineuse, connu sous le nom d'amadou de Cayenne, comme*). M. Guyon a appelé récemment l'attention de l'Académie des sciences sur les bons effets que l'on pourrait retirer en thérapeutique de l'emploi du nid de la fourmi bi-épineuse, connu à Cayenne et sur le continent voisin sous le nom d'amadou, à cause de l'usage qu'en font les habitants, et qui ne diffère en rien de celui que nous retirons de notre amadou d'Europe. Ce nid est formé de tous points par un duvet dont les matériaux sont recueillis par l'insecte sur les feuilles de plusieurs mélastomes, notamment sur celles du *meconia holosericea*. Le feu y prend mieux que dans notre amadou, bien qu'il n'ait été soumis à aucune préparation, et il est de beaucoup préférable à ce dernier pour arrêter les hémorrhagies capillaires, dont on a tant de peine à se rendre maître chez les enfants. Tout le monde, du reste, peut s'assurer par soi-même de cette supériorité, dit M. Guyon, en s'en servant pour les petites plaies qu'on se fait aux mains ou à la figure en se rasant. Dans toutes les contrées où existe la fourmi bi-épineuse, son nid est employé comme hémostatique et sans aucune préparation préalable, excepté au Para où on le trempe d'abord dans une solution d'alumine. Il est donc probable que l'introduction, dans notre matière médicale, du nid de la fourmi bi-épineuse serait une heureuse acquisition pour la pratique chirurgicale. Il en serait de même, d'après M. Guyon, du nid de la *formica fungosa* (Fab.), qui est fort semblable à celui de la fourmi bi-épineuse, et qui est employé aux mêmes usages dans les contrées qui le fournissent, Surinam entre autres. Les matériaux en sont retirés de la capsule ou fruit de plusieurs bombax.

---

**IODE** (*Douches de vapeur et application topique d'*); *nouveau mode d'administration de cette substance.* Ces deux modes d'administration, qui ne sont pas absolument nouveaux, le dernier surtout, sont fondés sur la facile volatilisation de l'iode, volatilisation qui a même lieu à la température ordinaire, et peut-être aussi sur l'absorption facile de ses vapeurs par la peau. Celui qui consiste dans l'application topique de l'iode et qui rappelle les applications que l'on faisait autrefois des poudres d'éponge brûlée, de la poudre de Sancy, etc., présente ceci de remarquable, que l'application n'étant pas faite immédiatement sur la peau, on évite ces irritations que produisent la teinture ou la pommade iodée. Quelques grumeaux d'iode, de 25 centigr. à 1 gram., sont renfermés dans une feuille d'ouate de 1 décimètre carré environ; on dépose, à cet effet, l'iode sur l'ouate, et on replie celle-ci sur elle-même, de façon à renfermer l'iode entre deux faces de la feuille; cette opération terminée, on coud l'ouate et son contenu dans un morceau de toile, de façon à former un sachet. C'est ce sachet qui, appliqué sur la région où existe l'engorgement, constitue tout l'appareil nécessaire à la médication iodée. Au bout de quelques jours, apparaissent des symptômes d'irritation générale fort sensibles : la peau devient plus chaude, la circulation plus active, les sécrétions augmentent et renferment toutes de l'iode à dose très-marquée. (Pour éviter que l'iode, en se vaporisant, n'atteigne le linge du malade et ne le bleuisse, il suffit d'interposer entre le linge et le sachet un morceau plus ou moins étendu de taffetas gommé, ou une lame très-mince de gutta-percha : de la sorte la vapeur d'iode pénètre dans l'économie.) L'iode administré de cette façon, dit M. Hannon, agit avec une extrême rapidité, comme il est facile de s'en assurer dans le traitement du goître et de l'adénite strumeuse. J'ai maintes fois administré l'iode de la sorte contre ces affections, et dans tous les cas j'ai obtenu les résultats ordinaires du traitement par l'iode à l'intérieur, sans jamais en avoir les inconvénients. L'iode, pour agir de

cette manière, n'a pas même besoin d'être appliqué *loco dolenti*. Le sachet, fixé dans le voisinage de la tumeur, suffit. Nous avons vu diminuer aussi rapidement, dit M. Hannon, un goître, à la suite d'une application du sachet sur la poitrine. Nous avons observé le même effet sur une adénite commençante de la région maxillaire gauche. Un sachet, suspendu sur la région sous-claviculaire du même côté, a suffi pour faire disparaître presque complètement, en trois mois, l manifestaton scrofuleuse.

Les douches de vapeur d'iode, que M. Chéneau a employées dans ces derniers temps dans le traitement des tumeurs blanches, se donnent de la manière suivante : le véhicule de l'iode est la vapeur d'eau; l'appareil se compose d'une espèce de cornue d'alambic disposée sur un fourneau, pour le dégagement de la vapeur d'eau; cette vapeur passe dans un tube d'assez gros calibre, dans lequel se trouve un autre tube beaucoup plus petit, terminé à l'une de ses extrémités par une petite boule percée de trous, dans laquelle on introduit l'iode pur. L'autre extrémité est évasée; elle se rend dans un petit ajutage qui va en s'effilant, pour donner plus de force de percussion à la douche qui le traverse. Les choses étant ainsi disposées, on introduit la quantité d'iode voulue (soit de 0,10 à 0,30), et l'on chauffe; la vapeur se dégage et vient frapper les parties malades. Il en résulte une sensation variable de fourmillement, de cuisson, de véritables secousses analogues à celles de l'électrisation, qui se prolongent pendant un temps qui varie de trente minutes à sept ou huit heures, suivant les prédispositions du malade, l'état de ses jointures, et surtout l'intensité de la douche. Après la sixième ou huitième douche au plus, les douleurs cessent. Plus tard, si l'on continue l'administration du remède avec persévérance, on voit l'articulation malade diminuer de volume, et permettre, sinon les mouvements de la jointure, du moins l'usage de la partie inférieure du membre.

M. Boulongne, au travail duquel nous empruntons ces détails, rapporte divers faits : deux de tumeur blanche du genou et du coude, pour lesquels l'amputation avait été proposée aux malades. Dans le premier cas, les douches furent commencées à 20 centigrammes. Le fourmillement s'établit dès la première; on mit quatre jours d'intervalle entre celle-ci et la seconde; à la cinquième, les douleurs avaient beaucoup diminué. La dose d'iode fut portée à 0,30; à la dixième, toute douleur avait disparu. Après six mois de traitement, la malade a complétement guéri, ne conservant qu'une légère déformation du condyle interne du fémur; elle marchait depuis le troisième mois. Dans le deuxième cas, la guérison a été complète, mais avec ankylose. Dans le troisième, tumeur blanche du genou, le résultat a été moins satisfaisant, quoique encore favorable. (*Presse méd. belge*, juin, et *Thèses de Paris*, 1852.)

---

**OBSTRUCTIONS** *de la veine-porte* (*Emploi des fleurs martiales ou hydrochlorate de fer et d'ammoniaque contre les*). Ce mot, obstruction de la veine-porte, pourrait peut-être surprendre nos lecteurs; aussi devons-nous dire tout de suite que le médecin qui préconise ce médicament dans ces cas, M. le docteur Verbeeck, pratique en Hollande, pays marécageux, où les affections du foie sont très-fréquentes et souvent très-rebelles. Le chlorhydrate de fer et d'ammoniaque, ou fleurs martiales, qu'il essaye de retirer de l'oubli, est un sel composé d'une partie de chlorure de fer et de 12 parties de chlorhydrate d'ammoniaque, qui se présente sous forme d'une poudre cristalline, d'un jaune-orange, d'une faible odeur de safran, offrant une saveur astringente, caustique; soluble dans l'eau et dans l'alcool, attirant l'humidité de l'air, se décomposant à une chaleur élevée, changeant de couleur par la lumière solaire. M. Verbeeck en a fait usage sur des malades des deux sexes, mais sur un plus petit nombre d'hommes que de femmes, lesquelles étaient âgées de quarante à soixante ans, et avaient cessé d'être réglées. En général, les malades offraient un tempérament bilieux, torpide, appartenaient à la classe aisée de la société ou menaient une vie sédentaire et étaient soumis à un régime succulent. La plupart offraient une constipation habituelle, traitée sans succès par divers moyens. Cet état morbide existait depuis plusieurs mois, avec des intervalles plus

ou moins longs d'une santé apparente. Les symptômes observés consistaient principalement en des troubles plus ou moins marqués des fonctions digestives : embarras gastrique, langue couverte d'un enduit jaunâtre, avec des papilles extraordinairement prononcées, constipation, troubles du sommeil, entrecoupé de rêves effrayants, congestions sanguines passagères vers la tête, changement remarquable dans le moral des malades et parfois emportements subits sans motifs; dans quelques cas, tension vers la région du foie et coloration plus ou moins jaune de la sclérotique. L'appétit était conservé, peut-être même augmenté; mais l'usage d'aliments fortement azotés, surtout de viande, de graisses, d'œufs, donnait lieu dans ces circonstances à des embarras gastriques. Du reste, absence de fièvre, exercice normal des fonctions du cœur et des poumons, peau constamment froide et sèche.

La dose à laquelle M. Verbeeck a prescrit le chlorure de fer et d'ammoniaque a varié de quelques grains à 2 grammes. Les substances qui sont incompatibles avec ce sel sont les alcalis fixes, les carbonates, les matières contenant du plomb, du cuivre, du tannin. En général, dit ce médecin, l'influence du chlorure de fer et d'ammoniaque n'est pas longtemps à se faire sentir sur l'organisation. Parmi les effets qu'il produit, on remarque surtout que la sécrétion muqueuse augmente, que la langue se décharge de sa couche saburrale jaunâtre et prend une teinte noirâtre, que les papilles diminuent progressivement, et enfin que les fèces, tout d'abord sous forme de scybales coloriés en noir et mêlées à du mucus, sont plus molles et plus abondantes. M. Verbeeck cite comme exemple le fait d'une femme offrant tous les symptômes propres à l'obstruction de la veine-porto (*sic*), chez laquelle les accidents avaient été améliorés sous l'influence d'un traitement assez complexe, lorsqu'une rechute, suite d'une erreur de régime (tristesse accablante, constipation opiniâtre, nuits mauvaises, fièvre hectique, etc.), vint le faire songer au chlorure de fer et d'ammoniaquo, qu'il prescrivit en solution comme suit : chlorure de fer et d'ammoniaque, 4 grammes; extrait de réglisse, 2 grammes; eau distillée de citron, 220 grammes : une cuillerée toutes les deux heures. Quatre jours après, l'amélioration était déjà très-marquée : le moral se releva, le sommeil devint meilleur, l'appétit plus prononcé, deux selles régulièrement tous les jours. Le médicament fut continué à doses croissantes, sous forme pilulaire : chlorure de fer et d'ammoniaque, 6 grammes; assafœtida, rhubarbe en poudre, de chaque, 2 gr. 50; extrait de grande chélidoine, Q. S. pour des pilules de 0,15, à conserver dans un flacon noirci. 3 pilules, quatre fois par jour. Ces pilules furent continuées pendant longtemps à dose tantôt croissante, tantôt décroissante. Cette fois la guérison a été complète et sans récidive.

Malgré l'incertitude qui pèse sur le diagnostic de l'affection qui a été traitée par M. Verbeeck, on ne saurait contester les effets avantageux qu'il a obtenus du chlorure de fer et d'ammoniaque, de sorte qu'il y aurait peut-être lieu de le tenter dans les états cachectiques qui se lient à des troubles chroniques des organes digestifs et du foie en particulier. Les préparations ferrugineuses ont été éprouvées, depuis longtemps, dans les cas de ce genre, et les propriétés résolutives du chlorhydrate d'ammoniaque doivent aider l'action des ferrugineux. — Comme on est loin d'être d'accord sur le meilleur mode de préparation du chlorure ferrico-ammonique, nous donnons celui proposé en 1845 par Wittstein. Dans une capsule de porcelaine, on fait dissoudre dans 40 parties d'eau distillée chaude, 4 parties de sesquichlorure de fer cristallisé et 15 parties de sel ammoniac sublimé. La dissolution est évaporée, en remuant continuellement avec une spatule de porcelaine, d'abord à feu nu, et de manière que la masse s'épaississe au bain de sable. Lorsque l'évaporation est suffisante, on pulvérise la masse encore chaude et on la met dans un vase soigneusement fermé, que l'on conserve dans un endroit obscur. (*Annales méd. de la Flandre occidentale.*)

---

**RAGE** (*Quelques considérations sur le traitement à suivre chez les personnes mordues par des animaux atteints de*). Les cas nombreux d'hydrophobie observés dans ces derniers temps à la suite de morsures d'animaux enragés, et dont plusieurs

ont été suivis de mort, sont venus montrer une fois de plus aux médecins combien on saurait peu compter sur ces prétendus spécifiques qu'un aveugle charlatanisme exalte sans mesure, au détriment des pratiques rationnelles de notre art. On ne saurait trop le répéter en effet : il n'y a pas d'autre traitement certain et efficace de la rage que celui qui consiste à détruire le venin dans la plaie, à empêcher, comme dit Ambroise Paré, qu'il n'entre dans le corps et ne pénètre aux parties nobles. La cautérisation, une cautérisation profonde, pratiquée d'une manière intelligente et de façon à atteindre le virus dans tous les points, dans toutes les anfractuosités qu'il peut avoir touchées, tel est certainement le seul moyen de se mettre à l'abri de l'atteinte d'une maladie que l'on peut considérer comme à peu près absolument mortelle. Mais, au milieu de tous les caustiques qui se disputent la faveur des chirurgiens, lequel choisir ? C'est ici que l'observation faite sur une grande échelle, par un de nos honorables confrères d'Uzès, M. le docteur Chabanon, et consignée par lui dans un Mémoire adressé récemment à l'Académie des sciences, peut nous fournir des enseignements précieux.

Le 11 et le 12 juillet 1850 une louve enragée, parcourant l'arrondissement d'Uzès, mordit 23 personnes. Toutes furent observées par notre confrère; toutes ne furent pas traitées par lui. Sur ces 23 blessés, 20 furent cautérisés, 3 ne le furent pas; 5 furent cautérisés avec le chlorure d'antimoine par deux autres médecins; 16 autres furent cautérisés par M. Chabanon, au moyen de l'acide sulfurique concentré; chaque morsure fut cautérisée avec soin; une escarre parfaitement établie, enveloppant toute la partie lésée par les dents de l'animal, fut le résultat du moyen escarrotique employé. De ces 23 personnes, 7, dont 5 cautérisées dès le principe avec le chlorure d'antimoine, se mirent entre les mains des empiriques, 5 ont succombé aux atteintes de la rage, au vingt-unième, vingt-huitième, trentième, cinquante-quatrième jour, le cinquième au neuvième mois; et sur ce nombre, 4 avaient été cautérisées, peu d'instants après les morsures, avec le chlorure d'antimoine. Des 16 autres, traitées par M. Chabanon, une seul a succombé le vingt-neuvième jour, qui avait été mordue à la face dans quatre parties différentes, et chez laquelle les morsures avaient produit des désorganisations si profondes que l'on pût craindre de la voir succomber à la gravité seule de ses blessures ; ajoutons que, chez ce jeune homme, on a employé sans succès le traitement recommandé par Marochetti, que l'on a voulu ressusciter dans ces derniers temps, traitement qui consiste, comme on sait, à administrer la décoction de genêt et à attendre l'apparition de boutons à la face inférieure de la langue pour les cautériser immédiatement. (M. Chabanon n'a pu les rencontrer sur aucun du ses malades.)

L'explication de cet insuccès du chlorure d'antimoine est facile à donner : ce chlorure, ayant une très-grande affinité pour l'eau, perd sa causticité lorsqu'il s'est emparé de l'humidité de l'air; enfin, par le seul contact de l'humidité de la plaie, il devient souvent inerte et dépose alors à sa surface une couche de poudre blanche qui la couvre entièrement; dans ce cas, son action est très-superficielle et presque nulle; le fond de la blessure, dans lequel se trouve souvent la plus grande quantité du virus, reste en dehors de l'action du caustique. Il faudrait donc, si l'on voulait employer, dans des cas de ce genre, le chlorure d'antimoine, s'assurer d'abord de la pureté de sa composition, et veiller ensuite à ce que son action ne fût pas limitée à la superficie de la plaie : pour cela, ne pas se borner à appliquer ce caustique au moyen d'un pinceau appliqué à l'extérieur de la plaie, mais l'appliquer sur chaque morsure au moyen d'un bourdonnet de charpie imbibé de ce caustique, et fixé par des bandelettes de sparadrap et quelques tours de bande. Ce sont ces difficultés qui ont conduit M. Chabanon à faire usage exclusivement de l'acide sulfurique concentré, très-avide d'eau, agissant très-vite, se combinant très-rapidement avec les tissus et formant des escarres noires très-profondes. Dans tous les cas, après des lotions soigneusement faites sur les plaies, celles-ci furent cautérisées en introduisant et faisant pénétrer dans leur profondeur, par la position, de l'acide sulfurique concentré, en plaçant sur chacune d'elles des bourdonnets de charpie

imbibés d'acide sulfurique et fixés par une bandelette de diachylon gommé et par quelques tours de bande. Ajoutons que ces succès ont été obtenus, et c'est là un résultat vraiment concluant, quoique les plaies n'aient été cautérisées que quatre, cinq, six, sept et même neuf heures après l'accident. La cautérisation a donc des chances très-favorables, quoique plusieurs heures se soient écoulées depuis la morsure; néanmoins, il est évident que plus on s'éloigne du moment où celle-ci a été faite et plus les chances d'absorption du virus augmentent. Quant à la supériorité attribuée par notre honorable confrère M. Chabanon à l'acide sulfurique concentré sur tous les autres caustiques, et même sur la cautérisation transcurrente, tout en pensant avec lui que ce caustique liquide peut, lorsqu'il est bien employé, rendre de véritables services dans les cas de ce genre, nous ferons remarquer cependant que l'on n'est jamais aussi sûr des effets que l'on veut obtenir que lorsqu'on se sert du fer rouge et même du certains caustiques potentiels, de la pâte de Vienne, par exemple. Tout au plus pourrait-on en faire usage dans le cas de plaies obliques, anfractueuses, qui réclameraient des cautérisations très-étendues et des désorganisations très-profondes si l'on employait d'autres caustiques.

---

**RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU** (*Traitement du*) *par la vératrine*. On sait que les préparations de colchique ont été recommandées dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, et quelques auteurs s'en louent comme d'un véritable spécifique. Sans partager entièrement leur enthousiasme, nous reconnaissons qu'il est des cas, surtout ceux de rhumatisme goutteux, dans lesquels on obtient quelquefois d'excellents résultats de l'emploi de cet agent. Comme les préparations de colchique contiennent de la vératrine, il était naturel de supposer que cet alcaloïde résumait les propriétés du colchique, et qu'on pourrait le substituer à celui-ci. C'est ce que vient de faire M. Piédagnel, médecin de l'Hôtel-Dieu. Ce praticien administre ce médicament par pilules d'un demi-centigr. chaque. Le premier jour, il en prescrit trois, à prendre, une le matin, une à midi, une le soir; quelquefois, cependant, il commence par quatre. Chaque jour, il augmente d'une pilule, et va ainsi jusqu'à dix, nombre qu'il ne dépasse jamais. C'est donc 5 centigr. au plus qu'il fait prendre dans les vingt-quatre heures. Si ce médicament produit des accidents du côté du tube digestif, tels que chaleur à la gorge et à l'estomac, vomissements, diarrhée, M. Piédagnel le suspend, pour le reprendre ensuite, s'il y a lieu. Pendant cette interruption, il donne des bains de vapeur au malade. Jamais M. Piédagnel n'a recours à la saignée.

M. Caillot de Montureux, à la thèse duquel nous empruntons les détails qui précèdent, dit avoir presque toujours vu les malades atteints de rhumatisme articulaire aigu guérir très-promptement par l'usage exclusif de la vératrine et d'une boisson légèrement sudorifique. A l'appui de ce qui précède, ce médecin a consigné, dans sa thèse, deux observations. La première est celle d'une jeune fille de seize ans, entrée à l'hôpital après quatre mois d'une maladie qui avait débuté par une douleur vive au cou, laquelle s'était bientôt fait sentir dans toutes les articulations, mais surtout dans celles des jambes; elle avait traîné tout ce temps sans se faire soigner. Les accidents étaient aigus: toutes les articulations douloureuses, surtout celles des genoux et des poignets; ces dernières et les doigts gonflés; fièvre, céphalalgie, battements de cœur, inappétence, insomnie; pas de bruit anormal au cœur. (Bourrache, 4 pilules de vératrine de 1/2 centigr., une toutes les six heures.) Le nombre des pilules fut porté à cinq le second jour, et pas au delà les jours suivants; elles ne déterminèrent que quelques légères douleurs d'estomac. Elle souffrit moins dès le troisième jour; le quatrième, le gonflement des doigts et des poignets avait diminué notablement, bon sommeil et bon appétit. Le cinquième, le gonflement des doigts avait à peu près complétement disparu. Le mieux se soutint, et le huitième jour la malade pouvait quitter son lit. Les résultats ont été moins favorables dans le deuxième cas cité par M. Caillot; il s'agissait, en effet, d'un rhumatisme articulaire plus franchement aigu, chez une femme de soixante et un ans, qui en avait déjà eu une atteinte deux ans auparavant. Les douleurs

avaient reparu, beaucoup plus fortes, depuis une quinzaine de jours, lorsque la malade entra à l'hôpital : douleurs vives dans le dos, aux poignets, aux doigts, aux genoux et aux pieds. Toutes ces articulations étaient gonflées, peu du côté gauche, beaucoup du côté droit. Rougeur assez vive aux articulations métacarpiennes de l'index et du médius; fièvre, battements du cœur profonds et un peu sourds. La vératrine fut commencée à la dose de six pilules de 1/2 centigr., et continuée à la même dose, le deuxième et le troisième jour; il fallut y renoncer à cause de vomissements accompagnés d'une sensation de chaleur à la gorge et à l'estomac, de battements de cœur et d'un grand mal de tête. La vératrine fut donc interrompue et remplacée, à partir du cinquième jour, par des bains de vapeur; la malade alla de mieux en mieux; elle paraissait guérie au treizième jour; dans la nuit suivante, il lui survint des douleurs au poignet droit et au genou gauche, qui ne lui durèrent que deux jours, et cédèrent aux bains de vapeur. — On voit que si ces faits ne suffisent pas pour démontrer d'une manière incontestable l'efficacité de la vératrine contre le rhumatisme articulaire aigu, ils sont au moins de nature à fixer l'attention des praticiens sur ce médicament. (*Thèses de Paris*, 1852.)

---

**SPASME** *de l'œsophage guéri par la strychnine*. Le spasme de l'œsophage ou œsophagisme est une affection assez rare, qui peut dépendre de causes diverses, mais qui néanmoins est liée le plus ordinairement à l'hystérie et à l'hypocondrie. Le traitement varie selon la cause, mais il est souvent inefficace et incertain, et le spasme de l'œsophage, quand il est porté à un haut degré, constitue toujours un état assez grave et assez rebelle. Il était naturel de penser que la strychnine, dont les effets remarquables ont été notés dans une maladie qui présente avec celle-ci plus d'un rapport, c'est-à-dire dans la chorée, aurait peut-être quelque efficacité dans le spasme de l'œsophage. L'événement a prouvé que l'analogie n'était pas forcée. Après avoir essayé sans succès la plupart des moyens recommandés contre cette affection, M. le docteur Mathieu a réussi avec la strychnine administrée à l'intérieur et portée progressivement à la dose de 2 centigrammes et demi, dans le fait suivant :

C'était chez une fille de trente ans, hystérique au plus haut degré et présentant depuis six mois un spasme de l'œsophage, tel qu'elle ne pouvait avaler que les liquides, et encore avec beaucoup de peine et après les plus grands efforts. Quant aux aliments solides, dès qu'elle essayait d'exécuter sur eux les mouvements de déglutition, elle entrait comme en convulsion : la langue, les muscles du pharynx et même ceux de la face et du cou se contractaient d'une manière désordonnée et si violente que le bol alimentaire était rejeté avec force au dehors. Cette infortunée souffrait littéralement de la faim et maigrissait à vue d'œil. Cet état de souffrance, augmenté encore dans ses effets, par l'action lente de l'hystérie, agissait sur son moral. Elle devenait triste, morose; elle craignait de mourir de faim, et pour éviter une mort aussi cruelle, il lui semblait quelquefois que le suicide était une ressource qui n'était pas à dédaigner. Traitée comme hystérique, on avait vainement cherché à attaquer directement le spasme de l'œsophage par des applications sur la partie malade ou dans son voisinage. M. Mathieu, qui la traita d'abord dans le même sens, ne réussit pas davantage; mais songeant à la médication substitutive, et en particulier aux effets si remarquables de la strychnine dans la chorée, il prescrivit cette substance, comme nous l'avons dit, à l'intérieur, en élevant progressivement la dose à 2 centigrammes et demi. Il est vrai qu'à cette dose il y eut des accidents et qu'il fallut revenir à 2 centigram. Après six semaines de ce traitement, la malade était radicalement guérie de son œsophagisme; depuis un an, elle n'a pas eu de rechute; l'hystérie persiste. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

## VARIÉTÉS.

La maison médicale du Président de la République se compose, d'après l'Almanach national de 1852, de M. le docteur Conneau, médecin ordinaire ; M. le professeur Andral, médecin consultant ; M. le docteur Jobert (de Lamballe) et M. le baron H. Larrey, chirurgiens consultants ; MM. Tenain et Delaroque fils, médecins ordinaires de la maison.

L'inspection médicale des corps de troupes et des établissements du service hospitalier vient d'être répartie comme suit, par le ministre de la guerre, entre MM. les membres du Conseil de santé des armées. M. Bégin est chargé d'inspecter les 11e, 13e et 14e divisions militaires de l'Italie; M. Alquié, les 8e, 9e, 10e et 12e divisions militaires; M. Vaillant, les 15e, 18e, 19e, 20e et 21e divisions militaires; M. Baudens, la 17e division militaire et la division d'Alger; M. Michel Lévy, les 1re, 2e, 3e et 16e divisions militaires; M. Guyon, les divisions d'Oran et de Constantine; M. Maillot, les 4e, 5e, 6e et 7e divisions militaires.

Un fait tout récent prouve le cas qu'il faut faire des rumeurs populaires en fait d'hydrophobie. On apporte un de ces jours à l'Hôtel-Dieu, lié et garrotté sur une charrette, un homme qu'accompagnait une foule nombreuse, à peine contenue par des sergents de ville. Cet homme, disait-on, était enragé et venait de mordre un individu à la main. Reçu et couché dans un bon lit de l'hôpital, on s'aperçoit bientôt que ce prétendu hydrophobe n'était pas du moins un œnophobe, car une forte odeur vineuse et le délire spécial décelèrent tout aussitôt la cause des accès de folie ébrieuse à laquelle cet homme s'était livré. Le repos et la diète eurent fait justice en vingt-quatre heures de cette hydrophobie.

Le doyen d'âge des médecins de la contrée, M. Blampignon (Jacques-Nicolas-Ambroise), docteur en médecine de la Faculté de Montpellier, où il avait soutenu sa thèse en 1803 sur le rhumatisme articulaire aigu, vient de mourir plus qu'octogénaire à Troyes. M. le docteur Bédor a prononcé sur sa tombe un discours dans lequel il a rappelé les titres du défunt à la reconnaissance de ses contemporains.

Nous sommes heureux d'apprendre à nos lecteurs qu'on avait beaucoup exagéré la gravité des épidémies de suette qui ont paru sur notre territoire, et en particulier dans le canton de Champagnac. M. Menfange, médecin de Nontron, qui avait été envoyé par l'administration dans ce dernier canton, a pu s'assurer de ce fait : dans un temps assez long, le nombre des cas observés a été de 63 seulement, sur lesquels 21 décès. La suette, comme cela arrive fort souvent, s'est montrée plusieurs fois compliquée de fièvre intermittente pernicieuse. Les soins de propreté et un régime sévère ont été plus avantageux dans cette épidémie que la saignée et les purgatifs.

Le choléra n'a jamais, à ce qu'il paraît, abandonné entièrement la Russie et la Pologne; il a même éprouvé, dans ces derniers temps, une espèce de recrudescence. A Varsovie, du 26 juin au 24 juillet, on a compté 454 person-

nes malades. Sur ce nombre, il y a eu 110 décès, 124 guérisons, 117 malades sont encore en traitement. Du 24 mai au 19 juillet, 2,192 personnes auraient été atteintes du choléra ; sur ce nombre, 755 ont guéri et 1,053 ont succombé.

---

On ignore généralement à quelle somme énorme s'élève le budget de l'administration de l'assistance publique de la ville de Paris. Dans une de ses dernières séances, le Conseil municipal l'a fixé à 14,983,611 fr.; malgré ses immenses ressources, l'administration de l'assistance publique est obligée de demander chaque année à l'administration municipale une subvention, qui s'est élevée peu à peu à plus de 5 millions.

---

Le degré d'avancement auquel sont parvenus les travaux de construction de l'hôpital du Nord permet de se faire une idée très-exacte de ce que sera ce vaste hôpital, qui ne contiendra pas moins de 650 lits. L'édifice a la forme d'un carré très-allongé, dont la plus grande dimension est parallèle au faubourg Poissonnière. Dans la partie antérieure se trouvent les bureaux, les logements des divers employés, les cuisines, etc.; dans la partie postérieure, la chapelle, la communauté des sœurs, la lingerie, les bains, la salle des morts, les amphithéâtres. Au centre est une vaste cour qui sera plantée d'arbustes et dont le milieu offrira un bassin avec jet d'eau. Cette cour-jardin sépare deux ailes, l'une destinée aux hommes, l'autre aux femmes. Chaque aile est subdivisée en trois pavillons, auxquels se rattachent autant de préaux et de promenoirs. Les pavillons, élevés d'un mètre au-dessus du sol, reposent sur des voûtes qui recouvrent d'immenses caves ou plutôt de vastes magasins, dans lesquels l'air circule en pleine liberté. Ces pavillons se composent d'un rez-de-chaussée et de deux étages formant autant de salles contenant chacune 35 lits. Le rez-de-chaussée a, sur la cour-jardin, une galerie ouverte et le premier étage une galerie découverte. Le long de ces galeries seront disposés des vases de fleurs. Les préaux seront gazonnés et entourés par une allée d'arbustes. Tout le long des ailes est établi un chemin de ronde qui dispensera de faire entrer les voitures dans la cour centrale. Des chauffoirs pour l'hiver, de petites pièces où ceux des malades qui incommoderaient leurs voisins par leur délire ou par leurs cris seront mis à l'écart, de petits cabinets de bains à proximité des salles pour ceux qui ne pourraient être transportés sans inconvénients, complètent l'ensemble de l'aménagement de cet hôpital, dont l'administration veut faire une espèce de modèle. On espère l'ouvrir à la fin de l'année; néanmoins il est à craindre que cette ouverture ne se fasse attendre jusqu'au mois de mai prochain, et, dans ce dernier cas, l'administration des hôpitaux se trouvera très-embarrassée et très-encombrée cet hiver, à cause de la fermeture de l'hôpital Bon-Secours, qui vient d'être complétement évacué, par suite d'une décision du Conseil municipal, pour être rendu à son propriétaire.

---

*Le rédacteur en chef*, E. DEBOUT.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

## NOTE SUR L'APPLICATION DES INHALATIONS ANESTHÉSIQUES AU TRAITEMENT DE CERTAINES NÉVROSES DES APPAREILS RESPIRATOIRE ET CIRCULATOIRE, ET NOTAMMENT A CELUI DE L'ANGINE DE POITRINE.

Par le docteur CARRIÈRE, agrégé à la faculté de Strasbourg.

Si la découverte des agents anesthésiques a ouvert une nouvelle ère à la pratique des opérations chirurgicales, l'expérience de chaque jour vient nous apprendre qu'elle est une conquête non moins précieuse pour les autres branches de l'art de guérir. L'application de ces agents à la thérapeutique médicale a déjà fait l'objet de nombreuses et intéressantes publications ; cependant, parmi celles qui sont venues à ma connaissance, je n'ai pas trouvé de faits analogues à ceux que je viens d'observer ; c'est ce qui m'engage à en faire la communication aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*.

Quelle que soit la théorie que l'on admette relativement à l'action physiologique des agents anesthésiques introduits dans l'économie sous forme d'inhalation, il faut reconnaître que la première impression de ces médicaments s'exerce sur les appareils de la respiration et de la circulation, et que l'innervation de ces appareils doit être profondément modifiée par leur action directe et immédiate. Comme conséquence rationnelle, on pouvait prévoir que les inhalations d'éther et de chloroforme pourraient être appliquées utilement au traitement de certaines lésions fonctionnelles des poumons et du cœur. C'est ce qui m'a engagé à en faire usage dans plusieurs circonstances de ce genre, et notamment dans un cas de toux convulsive, et dans un autre cas beaucoup plus grave d'angine de poitrine.

Le sujet de ma première observation était une demoiselle de dix-neuf ans, blonde, lymphatique et nerveuse, jouissant du reste d'une bonne santé. Elle n'habitait Saint-Dié que depuis quelques mois, et les personnes à qui elle était confiée, sachant que plusieurs membres de sa famille avaient été atteints d'affections de poitrine, surveillaient avec le plus grand soin les moindres symptômes qu'elle présentait de ce côté. Elle avait cessé d'être réglée depuis son arrivée, mais je ne m'en étais nullement préoccupé ; j'ai remarqué la même particularité chez la plupart des jeunes personnes nouvellement arrivées dans deux pensionnats dont je suis le médecin, et même chez bon nombre de domestiques venues de la campagne. Dans le courant de janvier, Mlle S... commença à tousser. On crut d'abord à un simple rhume, qu'on traita par les infusions béchiques. La toux s'aggrava, surtout pendant

la nuit; on craignit la grippe; je fus appelé. Je constatai d'abord l'absence complète de fièvre. Le pouls était normal, la peau fraîche, la langue nette, l'appétit conservé, quoique médiocre; la respiration était libre, et pendant un quart d'heure que dura ma visite, la malade n'eut qu'un petit accès de toux sèche; je remarquai pourtant que cette toux avait un caractère particulier, et qu'elle était entrecoupée d'inspirations sifflantes, assez analogues à celles de la toux de coqueluche. Je me bornai à prescrire un looch avec 4 grammes d'eau de laurier-cerise, et 1 décigramme d'extrait de jusquiame. Cependant les jours suivants la toux s'aggrava, les quintes devinrent plus longues et plus fréquentes; j'examinai la poitrine avec le plus grand soin, et ne trouvai pas le moindre indice d'une affection du poumon, ou même d'un simple catarrhe des bronches. Je persistai donc à considérer l'affection comme une toux nerveuse, et je lui opposai successivement une série de moyens, dont les uns produisirent un amendement de peu de durée, et dont les autres furent complétement inefficaces. Je citerai seulement l'eau distillée d'amandes amères, le sirop de morphine, la poudre de racine de belladone, l'extrait de belladone, la poudre de phellandrie, etc. Je songeai alors aux agents anesthésiques, et je proposai à la malade d'en faire usage. On se munit d'un petit flacon de chloroforme, et il fut convenu qu'on me préviendrait au moment où les quintes se produisaient d'ordinaire avec le plus d'intensité. A mon arrivée, les accès se succédaient rapidement, et fatiguaient beaucoup la malade; je procédai encore à un examen minutieux de la poitrine, et après m'être de nouveau convaincu de l'absence de toute phlegmasie de l'appareil respiratoire, je procédai immédiatement à l'inhalation du chloroforme, que je pratiquai tout simplement, en versant le liquide dans un mouchoir tourné en cornet, que j'approchai avec précaution de la bouche de la malade. Il survint immédiatement un petit accès de toux, mais différent des autres, et que j'attribuai à la première impression du médicament sur les bronches. Après cinq ou six inspirations, je suspendis les inhalations, pour les reprendre quelques instants plus tard. J'y revins ainsi à trois reprises, afin de ne pas provoquer l'anesthésie. Pendant la soirée, la malade eut un peu de céphalalgie et quelques vertiges, mais pas de toux. Le lendemain, il y eut quelques accès de toux dans la matinée. Le soir je renouvelai l'opération de la veille, et cette fois, sans aucune espèce d'accidents. Il n'y eut point d'accès de toux. Le troisième jour, la malade, qui craignait un peu le chloroforme, dont l'odeur, disait-elle, la poursuivait partout, me pria d'attendre au lendemain, pour voir si la toux se montrerait de nouveau; mais la toux ne se montra point, et M^lle S.... en fut défini-

tivement délivrée. Ainsi, deux séances de moins de dix minutes chacune avaient suffi pour faire disparaître ce fâcheux phénomène, qui résistait depuis plus de quinze jours à une thérapeutique active et variée.

L'observation suivante est beaucoup plus remarquable que celle-ci, parce qu'elle a pour objet une affection infiniment plus grave, contre laquelle viennent échouer presque constamment les médications les plus énergiques.

M. P..., soixante-quatre ans, ancien fonctionnaire, n'a jamais eu d'accès de goutte ni de rhumatisme, et a joui d'une excellente santé jusque dans le courant de l'année 1851. C'est vers le printemps qu'il ressentit les premières atteintes de son affection. Il était alors retiré à la campagne et faisait de fréquentes promenades. Un jour qu'il suivait un chemin assez accidenté, il fut pris d'une douleur violente dans la poitrine, accompagnée d'une vive anxiété, qui le força à s'arrêter brusquement. Cette douleur cependant ne tarda pas à se calmer; M. P... revint sur ses pas et rentra chez lui. Peu de temps après les mêmes symptômes se reproduisirent à diverses reprises, dans des circonstances analogues, et bientôt M. P... se vit obligé de renoncer à ses promenades, ou du moins de choisir un terrain uni et horizontal sur lequel il marchait lentement et avec précautions. A cette époque cependant il n'existait point de dyspnée habituelle, et la santé générale de M. P... ne s'était point encore sensiblement altérée. Je le vis pour la première fois au mois de septembre; il ne se croyait pas malade, mais sa famille commençait à se préoccuper du retour fréquent de ces accidents et de certains changements survenus dans son état normal. Je constatai l'existence d'une affection du cœur; mais peu avancée, et caractérisée seulement par un peu plus d'étendue de la matité précordiale et une légère altération des bruits dont le premier était sourd et un peu rude, tandis que le second donnait la sensation d'un claquement sec. Du reste, il n'y avait ni dyspnée, ni aucune trace d'infiltration séreuse. Je perdis de vue M. P... jusqu'au mois de février dernier, époque à laquelle il vint passer quelques jours à Saint-Dié. Sa santé s'était visiblement altérée, il était triste, morose, pâle, avec les traits tirés et empreints de souffrance. Ses nuits étaient mauvaises et agitées, il était sans appétit, mangeait peu et digérait péniblement. Ses accès de sternalgie étaient devenus beaucoup plus fréquents et se reproduisaient même pendant une marche lente sur un terrain plat. M. P... ne séjourna que pendant quelques jours à Saint-Dié, et malgré les instances de sa famille pour le retenir, il partit pour le Jura, d'où il ne revint que dans les premiers jours d'avril. Ce

dernier voyage fut des plus pénibles. En passant à Epinal, M. P..... eut jusqu'à six accès dans la matinée, et fut obligé d'entrer dans plusieurs maisons pour s'y reposer et laisser passer ses accès. Je le visitai peu de temps après son arrivée. Le mal avait fait des progrès effrayants; non-seulement le malade ne pouvait plus monter l'escalier de sa chambre sans être arrêté brusquement par une crise violente, mais celles-ci se produisaient sous l'influence de la moindre émotion morale et du plus léger mouvement, comme, par exemple, de prendre le vase de nuit pour satisfaire un besoin. Les pieds et le bas des jambes étaient œdématiés; cependant il n'existait point de dyspnée habituelle, et en dehors des accès le malade respirait assez librement; le pouls était faible, sans fréquence, et ne présentait que quelques légères irrégularités dans son rhythme. Enfin les résultats fournis par la percussion et l'auscultation ne différaient pas sensiblement de ceux que j'avais obtenus six mois auparavant, alors que l'angine de poitrine était à son début.

Le 4 avril, au moment de ma visite, M. P..., étant dans son lit, eut un accès dont je fus témoin, et qui fut provoqué par un besoin d'uriner. Tout à coup une douleur violente le saisit et le frappa d'immobilité; elle avait son siége sur le tiers supérieur du sternum et s'étendait à tout le bras gauche, où elle se faisait particulièrement sentir sur le trajet du nerf cubital, vers le coude et jusque dans les deux derniers doigts; elle s'accompagnait d'une sensation d'engourdissement, qui persistait même quelque temps après la cessation de l'accès; les traits du visage n'étaient pas convulsés, mais ils portaient l'empreinte d'une vive souffrance et d'une extrême anxiété. La respiration n'était point suspendue, les mouvements de la poitrine s'exécutaient même avec assez de régularité; le pouls battait 68 au début de l'accès, vers la fin il s'accéléra un peu (76) et perdit sensiblement de sa force. Les facultés intellectuelles n'étaient nullement troublées, mais la douleur empêchait le malade de parler, et ce n'est qu'après la crise qu'il put me rendre compte de ses sensations. Celle-ci dura 10 à 12 minutes; elle ne cessa pas brusquement, mais s'affaiblit et disparut graduellement; une sueur froide couvrait le visage, la poitrine et les mains. Quelques minutes après, M. P... expectora sans aucun effort deux ou trois crachats épais, visqueux, et fortement teints de sang. Le même phénomème se reproduisait régulièrement après chaque accès, et M. P... disait sentir ces crachats se détacher précisément du point où il ressentait le plus vivement sa douleur, vers le haut du sternum. M. P... m'assura que cet accès était très-léger, comparativement à ceux qu'il éprouvait ordinairement. Les jours suivants, il y eut chaque

jour plusieurs accès, pour la plupart fort intenses : à partir du 12 avril, M. P... ne descendait plus de sa chambre, et passait ses journées assis dans son fauteuil. Les moindres mouvements suffisaient pour déterminer de nouvelles crises, et celles-ci se produisaient même par la seule influence du bruit, des allées et venues autour du malade, de l'agitation de l'air, etc.

Je crois devoir me borner à l'énoncé des moyens que je mis successivement en usage, sans résultat bien apparent. A l'intérieur, les sinapismes et un large vésicatoire sur le sternum, les fumigations de datura stramonium; à l'intérieur, les gommes-résines fétides, la jusquiame, la belladone, le datura, la ciguë, les antispasmodiques et les narcotiques séparés ou réunis, la digitale, l'éther, et enfin l'ammoniaque. Puis, comme j'avais remarqué une périodicité bien marquée dans le retour des accès, je prescrivis, le 17 avril, 6 décigrammes de sulfate de quinine dissous dans une potion. Les accès manquèrent dans la journée, mais ils revinrent avec plus d'intensité peut-être pendant la nuit. Il en fut de même les jours suivants; chaque nuit, il y avait deux, trois et jusqu'à quatre crises. Celles-ci avaient acquis une extrême violence; leur durée s'était accrue en proportion, elle allait jusqu'à trois quarts d'heure ou même une heure. Pendant ces paroxysmes, le pouls se déprimait graduellement et s'effaçait presque complétement; toute la surface du corps était couverte d'une sueur froide tellement abondante, qu'on était obligé de changer le malade après chaque accès; la douleur était atroce et s'étendait dans les deux bras; enfin un râle à grosses bulles se faisait entendre dans la trachée, et, à la fin de l'accès, le malade rendait par l'expectoration, et sans toux, une quantité quelquefois très-considérable de mucosités épaisses, brunâtres et sanguinolentes.

Il était évident qu'un tel état ne pouvait se prolonger bien longtemps. M. P... s'affaissait visiblement, et sa famille s'attendait à une catastrophe prochaine, que je considérais moi-même comme à peu près inévitable. C'est dans ces circonstances que je résolus de recourir aux anesthésiques. J'en parlai au malade, qui repoussa d'abord le chloroforme contre lequel il était un peu prévenu; il préféra l'éther. Mon intention était de pratiquer les inhalations au moment même de l'invasion de l'accès, et de les conduire avec le plus grand ménagement, afin de ne pas provoquer immédiatement l'anesthésie, et de l'éviter même si le spasme sternalgique paraissait céder aux premières inspirations. Comme je tenais à ce qu'on ne perdît pas une seule minute dès qu'un paroxysme viendrait à se déclarer, je chargeai M^me G..., qui ne quittait pas son père, à qui elle donnait des soins aussi éclairés qu'affectueux, de procéder elle-même à l'opération. Un simple cornet de

papier ouvert à son sommet, et contenant une petite éponge, tel fut l'appareil auquel je m'arrêtai d'abord. Mme G..., après y avoir versé environ dix grammes d'éther, devait le placer devant la bouche du malade et l'y maintenir pendant quelques minutes, en observant l'effet produit. L'occasion d'expérimenter notre nouveau remède ne se fit pas longtemps attendre. Dès les premiers symptômes de la crise on commença les inhalations; M. P... avait à peine fait quelques inspirations, que sa douleur s'affaiblit et s'éteignit presque aussitôt. La crise dura moins de cinq minutes, elle se termina sans angoisses, sans sueurs froides, et ne fut pas suivie de l'engourdissement que laissaient après eux les violents paroxysmes des jours précédents. Je fus vivement satisfait de cet heureux résultat, car je reconnus aussitôt que nous étions enfin en possession d'un moyen efficace pour faire avorter les accès dès leur début. Mes prévisions se réalisèrent d'une manière plus complète que je n'eusse osé l'espérer. Pendant la journée, en effet, un besoin d'uriner provoqua le retour d'un accès. On recourut immédiatement aux inhalations : le résultat fut encore plus prompt que pour l'accès précédent. M. P... se trouvait si heureux de ce changement subit, qu'il pouvait à peine y croire. Dans le but de simplifier autant que possible le procédé d'inhalation, j'imaginai de me servir d'un verre à quinquet, dans lequel l'éponge fut placée. Le malade avait près de lui ce petit appareil et son flacon d'éther, et il s'empressait d'en réclamer lui-même l'usage aussitôt qu'il ressentait la première atteinte de son mal. Pendant trois jours de suite le résultat fut constamment le même, et nous réussîmes à faire avorter tous les accès, qui, du reste, avaient déjà beaucoup moins de tendance à se reproduire. Cependant, j'étais persuadé que l'action du chloroforme serait encore plus instantanée et peut-être aussi plus complète ; je finis par décider le malade à le substituer à l'éther. Dans la soirée, un accès s'annonce ; on recourt à l'appareil, chargé cette fois de chloroforme. Habitué à la sensation particulière, à l'espèce de suffocation que lui produisait la première impression de l'éther, et n'éprouvant pas un semblable effet de l'inspiration du chloroforme, le malade allait repousser l'appareil, quand il sentit tout à coup que son accès était passé; l'inhalation n'avait duré que quelques secondes. Dès lors M. P... adopta le chloroforme, qui eut constamment pour effet de lui supprimer ses crises à peu près instantanément. Du reste, à partir de ce moment, les accès ou les menaces d'accès devinrent de plus en plus rares, et disparurent bientôt complétement. Dans les premiers jours de mai, il n'en restait plus la moindre trace. L'action des inhalations anesthésiques sur les paroxysmes de l'angine de poitrine a été des plus évidentes, puisque avec

leur secours nous avons réussi à faire avorter tous les accès. Cependant, je me suis demandé si je devais attribuer exclusivement à cette médication la guérison de la maladie, ou plutôt la cessation définitive des accès. C'est qu'en effet, dès que je me vis en possession d'un moyen si bon pour me rendre maître des accès, je cherchai à prévenir le retour de ceux-ci à l'aide d'un autre ordre d'agents pris à la fois dans la médication antispasmodique et narcotique. M. P... fut mis à l'usage des pilules suivantes :

| | | |
|---|---|---|
| Pr. Valérianate de zinc........ | 0,60 | centigrammes. |
| Extrait de belladone....... | 0,30 | centigrammes. |
| Poudre de ciguë.......... | 0,75 | centigrammes. |
| Extrait de valériane...... | 3 | grammes. |

Pour faire 30 pilules dont le malade prenait 12 dans les vingt-quatre heures.

En outre, je fis prendre l'infusion de valériane en lavements et en boisson, et je fis fumer quelques cigarettes de stramonium. Quelle fut la part de cette médication dans le résultat heureux auquel nous sommes arrivés? C'est ce qu'il serait assez difficile de déterminer. Peut-être cependant n'a-t-elle pas été complétement nulle. M. P... n'avait plus d'accès depuis environ quinze jours, quand un soir, sous l'influence d'une émotion morale ou d'une petite contrariété, il en ressentit de légers symptômes que le chloroforme fit disparaître immédiatement. Ce jour-là, précisément, il avait omis de prendre ses pilules. Quoi qu'il en soit, je ne veux pas attacher à cette partie du traitement plus d'importance qu'elle n'en mérite, et puisque l'action des anesthésiques a eu assez de puissance pour arrêter les paroxysmes au moment même où ils faisaient explosion, c'est-à-dire la maladie dans sa manifestation la plus active, il me paraît rationnel d'admettre que cet effet n'a pu être que le résultat d'une modification profonde imprimée à l'appareil organique dans lequel ces mêmes accès avaient leur siége ou leur point de départ. En d'autres termes, l'éther et le chloroforme ont pu guérir seuls la maladie, en détruisant la modalité morbide du plexus cardiaque, qui se traduit par les symptômes de l'angine de poitrine.

M. P... n'a plus d'accès depuis près de deux mois, son teint est revenu, et ses traits ont repris leur expression naturelle. Sous l'influence de l'eau de Vichy, l'appétit est devenu excellent ; une diarrhée abondante a fait disparaître l'infiltration séreuse des jambes ; les nuits sont parfaitement calmes, M. P... est revenu à son décubitus habituel, et s'est débarrassé depuis longtemps de l'échafaudage de coussins dont il était obligé de s'entourer pendant sa maladie. Enfin il marche sans difficulté, fait des promenades assez longues et peut monter deux éta-

ges sans éprouver le moindre ressentiment de son mal. Evidemment il est guéri de sa sternalgie. Peut-on considérer cette guérison comme définitive? Cela est possible, mais on ne saurait pourtant l'affirmer d'une manière absolue. L'état pathologique du cœur, auquel, dans mon opinion, se rattachait l'angine de poitrine, est resté le même qu'avant l'invasion de cette terrible et bizarre affection ; il ne s'est pas aggravé, mais il persiste.

Je ne sais s'il est bien établi que l'on ait rencontré l'angine de poitrine tout à fait isolée et indépendante d'une affection du cœur ; tout ce que je puis dire, c'est que dans les cas que j'ai observés, cette névrose s'est montrée constamment liée à une altération organique de l'appareil circulatoire; j'ajouterai que ce qui m'a surtout frappé, c'est que cette altération était assez peu avancée pour ne pas donner lieu aux désordres fonctionnels qui, dans les cas ordinaires, caractérisent les maladies du cœur ; elle ne se révélait guère que par le résultat de l'examen stéthoscopique pratiqué avec soin. Je me borne à signaler cette circonstance, qui était peut-être propre aux sujets soumis à mon observation. Quoi qu'il en soit, si la sternalgie ne se montre jamais que comme épiphénomène d'une affection du cœur, il serait difficile de déterminer dans quelles conditions organiques se produit cette redoutable névrose. Ce qui ressort des observations journalières, c'est qu'elle est fort rare eu égard à la grande fréquence des maladies du cœur. Je n'en ai, pour ma part, observé que trois cas, pendant quatorze ans d'une pratique assez étendue dans un pays où les affections du cœur sont bien loin d'être rares. CARRIÈRE.

---

## DU TRAITEMENT DE L'ALBUMINURIE PAR LES PRÉPARATIONS FERRUGINEUSES.

Par le docteur CATCHART LEES, médecin de l'hôpital de Meath, professeur de médecine à l'Université royale d'Irlande.

Les recherches chimiques modernes et le microscope ont, sans aucun doute, jeté, dans ces dernières années, un grand jour sur la pathologie et le diagnostic des maladies des reins, en particulier des diverses formes de ces maladies qui s'accompagnent de sécrétion d'une urine albumineuse, et que l'on confond généralement sous la désignation commune de *maladie de Bright*. Il faut reconnaître, en revanche, que la thérapeutique de ces affections est loin d'avoir suivi, comme la pathologie, une marche aussi régulièrement ascendante. Quoi qu'il en soit, je me propose, dans ce travail, d'appeler l'attention sur les bons effets que j'obtiens depuis cinq années des préparations ferrugineuses dans le traitement de l'albuminurie, et en particulier dans les premières périodes de cette maladie.

La plupart des auteurs, même ceux qui ont fait une étude spéciale de cette affection, font à peine mention de l'emploi des préparations ferrugineuses. M. Bright n'en parle que tout à fait incidemment, sans y attacher une attention particulière. M. Christison n'en fait pas même mention. M. Rayer les indique en passant, mais comme pouvant être associées aux purgatifs ; de sorte que parmi les auteurs dont les travaux représentent l'état actuel de nos connaissances sur la thérapeutique de l'albuminurie, c'est seulement dans l'Encyclopédie de Copland et dans l'ouvrage de M. Frerichs qu'on trouve les préparations ferrugineuses recommandées, et encore par le premier dans les dernières périodes de la maladie, et, par le second, pour combattre la diarrhée qui se montre également dans les dernières périodes. Dans ces derniers temps, cependant, M. Rees et M. Osborne ont fait remarquer que dans les formes chroniques le fer pouvait être indiqué, et l'était souvent en réalité, par la diminution des globules sanguins. Toujours est-il, cependant, que même ceux qui ont compris le mieux les bons effets que l'on pouvait en obtenir dans les formes chroniques, en particulier M. Néligan, n'ont pas songé à en faire usage dans la période d'acuité.

Eh bien ! je crois pouvoir établir, par les faits que je vais rapporter, que l'administration du fer peut être commencée, avec avantage, de beaucoup meilleure heure qu'on ne le suppose généralement, même à une époque où les symptômes, aussi bien que les altérations de l'urine, semblent indiquer la présence d'un reste de congestion du rein ; par conséquent, à une époque où la maladie ne peut être rigoureusement regardée comme chronique. C'est ce qui me porte à croire que les effets avantageux du fer, dans cette maladie, ne doivent pas être attribués seulement à ce que cet agent thérapeutique augmente la quantité des globules rouges du sang. Nous savons, en effet, que ce liquide subit, dans l'albuminurie, bien d'autres altérations importantes qui se traduisent, par exemple, par le changement rapide dans la pesanteur spécifique du sérum, et par la grande diminution de ses matériaux solides, en particulier de l'urée. Or, la preuve que ces changements ne tiennent pas à l'expulsion des globules rouges par la voie des reins, c'est que dans beaucoup d'anémies, avec diminution considérable des globules, on trouve souvent l'urine remarquablement pâle et transparente, sans mélange de ces globules. Force est donc d'admettre une altération particulière du sang, qui s'oppose au développement des globules sanguins. C'est donc contre cette altération particulière du sang que l'usage du fer me paraît particulièrement indiqué, à une période de la maladie, relativement assez peu avancée ; et c'est parce que je suis convaincu que l'admi-

nistration du fer, pour combattre de bonne heure cette altération du sang, qui me paraît être, dans la plupart des cas, le fond, l'essence même de la maladie; c'est parce que je pense que cet emploi des ferrugineux n'est pas aussi connu qu'il devrait l'être, et que ce médicament n'occupe pas, dans le traitement des premières périodes de l'albuminurie, la place élevée à laquelle il a droit, que je mettrai d'abord sous les yeux du lecteur un certain nombre de faits dans lesquels l'usage du fer, employé au début de la maladie, a été suivi d'un grand soulagement relativement aux symptômes les plus inquiétants, et dans lesquels l'amélioration de la santé générale a été telle que les malades, se considérant comme guéris, ont pu reprendre leurs occupations, et, quelques-uns même, des travaux des plus fatigants.

Obs. Ire. *Anasarque générale datant de deux mois; urines albumineuses; accidents cérébraux, à la suite d'un traitement par le mercure; catarrhe pulmonaire; emploi des ferrugineux; guérison en trois mois.* — Patrick Smith, âgé de quarante ans, cocher, d'habitudes régulières, entra dans mon service, à l'hôpital de Meath, au mois de février 1849, pour une hydropisie générale. La veille il avait été pris, dans la nuit, de convulsions épileptiformes : il était encore, à son entrée, dans un état de stupeur; toutefois ses réponses étaient assez justes. La face était remarquablement pâle et altérée; le tronc, les extrémités supérieures et inférieures fortement œdémateuses; la peau sèche, le pouls à 76, régulier; la respiration notablement gênée, avec expectoration mucoso-purulente, et des râles abondants dans les deux poumons; le malade accusait de la douleur dans la région lombaire, et des vertiges de temps en temps. L'urine n'avait pas diminué en quantité, elle était légèrement acide, d'un brun foncé, d'une pesanteur spécifique de 1,010, fortement albumineuse, comme on pouvait s'en assurer par la chaleur et par l'acide nitrique; elle contenait très-peu d'urée. Sous le microscope, le sédiment urinaire paraissait formé de globules sanguins, d'épithélium rénal, présentant la forme des tubes urinifères. Le malade avait pris du mercure pour son hydropisie, et il était encore sous le coup de ce médicament. J'appris alors que cet homme avait été malade, pour la première fois, trois ans auparavant. Il avait été traité alors pour une maladie du foie et avait été guéri. Mais, il y a deux mois, s'étant exposé au froid, il lui était survenu de la diarrhée; à la disparition de celle-ci, les pieds et les mains commencèrent à enfler : en quelques jours, le corps et la face avaient été envahis par l'anasarque; les urines étaient rares et fortement colorées, le cœur battait violemment, et il n'y avait pas de signe de maladie valvulaire.

Je considérai ce cas comme un exemple de desquamation congestive

sub-aiguë des tubes urinifères, compliquée de ces accidents cérébraux secondaires que l'on voit si souvent dans cette maladie. Je prescrivis, en conséquence, des ventouses sèches sur les lombes; et comme il y avait de la constipation, je lui fis prendre un demi-gros de poudre composée de jalap et un huitième de grain d'élatérium, qui produisirent des évacuations aqueuses assez abondantes. Pour régime, du sagou, un peu de vin ; et quoique les poumons fussent encore surchargés d'une ample sécrétion muqueuse, je commençai l'ammonio-tartrate de fer, à la dose de 10 grains, trois fois par jour. Ce traitement eut le plus heureux résultat ; les convulsions et les vertiges ne se montrèrent plus, la respiration devint plus facile. Je passai alors aux bains de vapeur ; je couvris le malade de flanelle, et continuai l'emploi du fer pendant trois mois, en purgeant de temps en temps le malade avec la poudre de jalap composée. L'anasarque disparut entièrement ; l'urine devint parfaitement claire; sa pesanteur spécifique remonta à 1,015. Le malade quitta l'hôpital, se considérant comme guéri, conservant cependant un peu d'albumine dans les urines, et un sédiment épithéliaque moulé sur les tubes urinifères, qui se montraient de temps en temps. Ce malade a été revu deux ans après ; sa santé continuait à être excellente.

Je considère ce fait comme étant des plus importants, parce qu'il montre les bons effets des préparations de fer aux premières périodes de la maladie, alors que l'altération de l'urine et la douleur dans le dos semblaient indiquer une congestion rénale, et malgré la présence d'une bronchite aiguë congestive, avec abondante sécrétion mucoso-purulente. Un autre trait important de cette observation, c'est le fait des convulsions se produisant pendant que le malade était encore sous l'influence du mercure. Ce fait me confirme dans ce que j'ai souvent vérifié, à savoir que le mercure est non-seulement un moyen inefficace, mais même un moyen dangereux, dans les cas dans lesquels la maladie rénale constitue l'altération primitive et principale. C'est, du reste, l'opinion de MM. Bright et Barlow, avec lesquels je suis heureux de me rencontrer sur ce point.

Obs. II. — *Anasarque avec ascite et hydrothorax double, datant de six semaines ; urines albumineuses ; traitement par les ferrugineux ; guérison en six semaines.* — Rickaby, âgé de trente-six ans, entra à l'hôpital de Meath au mois de février 1850, pour une hydropisie générale ; il avait été bien portant jusqu'à l'âge de vingt-huit ans. A cette époque, s'étant refroidi pour avoir porté des vêtements mouillés, il s'aperçut, huit jours après, d'un œdème, d'abord limité à la face, mais qui ensuite envahit tout le corps. Il fut saigné, et, après un traitement de treize semaines, il avait recouvré la santé. Il se portait bien depuis,

lorsque, sept semaines avant son entrée à l'hôpital, il s'aperçut que son appétit diminuait. Quelques jours après, il éprouva de la douleur dans le ventre et dans la région lombaire ; puis, en une semaine, la face, l'abdomen, et les extrémités inférieures commencèrent à s'œdématier et acquirent peu à peu le volume énorme qu'elles avaient lorsque nous le vîmes pour la première fois ; il y avait aussi de l'ascite et un épanchement considérable dans les deux plèvres, que traduisait une matité s'étendant de la base de la poitrine jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate des deux côtés, avec absence de respiration, matité qui se déplaçait par les changements de position. Urine rare, foncée en couleur comme du porter, déposant un abondant sédiment brunâtre, acide, d'une pesanteur spécifique de 1,010, contenant très-peu d'urée, fortement coagulable par la chaleur et par l'acide nitrique. Sous le microscope, le sédiment paraissait composé de globules sanguins, de cellules épithéliaques, de noyaux, de moules entiers ou brisés des tubes urinifères, avec dépôt amorphe d'urate ; pupilles fortement dilatées, mais pas de symptômes cérébraux. Le malade se plaignait de souffrir dans la cuisse droite, et d'un refroidissement des extrémités pendant le jour, refroidissement remplacé la nuit par une chaleur insupportable. Prescription : ammonio-tartrate de fer, un gros ; sirop, une demi-once ; eau, cinq onces et demie ; une once trois fois par jour. Flanelle sur tout le corps ; de temps en temps un peu de poudre de jalap composée ; un bain de vapeur deux fois par semaine. Sous l'influence de ce traitement, l'amélioration fut rapide; les épanchements de la poitrine et de l'abdomen disparurent, ainsi que l'anasarque ; l'urine devint tout à fait transparente, et sa pesanteur spécifique remonta à 1,020. L'urée reprit ses proportions ; l'albumine disparut. Le microscope ne faisait plus reconnaître de dépôt tubulaire épithéliaque ; enfin le malade quitta l'hôpital le 29 mars, parfaitement guéri, suivant toute apparence, et capable de reprendre son travail. Il avait pris du fer, tous les jours, pendant près de deux mois.

Obs. III. — *Anasarque dans deux grossesses successives, la première disparaissant après l'accouchement, la deuxième persistant avec urines albumineuses ; guérison. Rechute un mois après ; emploi des ferrugineux; guérison en six semaines.*—Marguerite Holmes, âgée de trente-quatre ans, mère de neuf enfants, d'une santé habituellement bonne, entra à l'hôpital de Meath le 4 mars 1852, avec une anasarque générale. Elle était parvenue au cinquième mois de sa huitième grossesse. Trois ans auparavant, lorsqu'elle avait vu son ventre prendre un volume considérable, n'étant nullement indisposée, elle n'y avait fait aucune attention ; toutefois, quelque temps auparavant, ses urines étaien

rares et fortement colorées. Mais, deux ou trois mois avant son accouchement elle commença à sentir pour la première fois un engourdissement voisin de la douleur, dans la région lombaire ; puis les jambes et les pieds commencèrent à se tuméfier. Tous ces symptômes disparurent neuf jours après l'accouchement. Sa santé resta bonne pendant un an et demi ; mais, redevenue enceinte, au quatrième mois de cette nouvelle grossesse, les premiers symptômes se reproduisirent dans le même ordre : les urines étaient redevenues rares et fortement colorées. Le gonflement des pieds fut tel que les téguments de l'un d'eux se déchirèrent et donnèrent issue à une grande quantité de liquide. Cette fois l'anasarque ne disparut pas immédiatement après l'accouchement. Six semaines ou deux mois s'étaient écoulés, l'anasarque subsistait encore ; il y avait un peu de trouble de la vision , et pendant deux jours la malade resta sans connaissance. Elle entra alors à l'hôpital Stevens, dont elle sortit, cinq semaines après, parfaitement guérie.

Du mois de mars au mois de juin 1851, elle fut bien portante ; puis l'anasarque reparut, commençant par l'abdomen et s'étendant de là aux membres inférieurs, augmentant peu jusqu'à l'époque où elle entra à l'hôpital. Engourdissement dans la région lombaire; urine rare et fortement colorée, coagulable par la chaleur et par l'acide nitrique, déposant un sédiment brun foncé, composé de globules sanguins, d'épithélium rénal moulé sur les tubes urinifères, et de quelques globules muqueux; anasarque générale avec ascite ; dyspnée considérable, causée probablement par la distension de l'abdomen; car il n'y avait ni maladie du cœur ni maladie du poumon. Ventouses sèches sur les lombes ; un huitième de grain d'élatérium et demi-gros de poudre de jalap composée ; puis je la mis à l'usage, d'abord de l'électuaire de tartrate de fer, puis de l'ammonio-tartrate ferrugineux. Sous l'influence de ce traitement, amélioration rapide ; diminution considérable de l'albumine dans l'urine, dont la pesanteur spécifique remonta à 1,015, en même temps que l'urée y redevenait abondante. Six semaines après, la malade quitta l'hôpital parfaitement guérie.

Ce fait est intéressant comme exemple de l'influence de l'état puerpéral, non-seulement comme cause prédisposante, mais aussi comme cause occasionnelle dans la détermination des attaques aiguës d'hydropisie. Cette femme avait l'existence la plus régulière et la plus confortable ; elle n'avait jamais eu ni la scarlatine ni un symptôme de maladie inflammatoire. Mais à chaque grossesse l'hydropisie revenait peu à peu, avec des urines rares et fortement colorées.

Voici encore un fait intéressant, dont je dois les détails à mon ami M. Osbrey.

Obs. IV. *Pyélite et cystite aiguë chez un jeune garçon, avec urines purulentes et fortement albumineuses; persistance de l'albuminurie après la guérison des accidents aigus. Emploi des ferrugineux; guérison en trois semaines.*—A. B., jeune garçon de douze ans, se plaignait, depuis six ou huit semaines, de langueur, de perte d'appétit, de céphalalgie, lorsque, le 19 avril 1850, il rendit un peu de sang par l'urètre. M. Osbrey, qui le vit le lendemain, le trouva en proie à de fréquents besoins de rendre ses urines, qui étaient rares, d'une couleur sanglante foncée, avec douleur au passage et écoulement par l'urètre d'un mucus glaireux, laissant déposer par le repos un abondant sédiment purulent mêlé de sang. Pas de douleurs ni de sensibilité dans la région lombaire, pas plus qu'à l'hypogastre ou au périnée; face très-pâle, langue nette; pouls à 80; faible, filiforme, pas d'appétit; léger œdème des pieds et du pourtour des malléoles. Le malade n'avait jamais eu de scarlatine, ni ne présentait non plus de trace de maladie des poumons ou du cœur. L'urine était acide; elle conservait même son acidité trois jours après son expulsion. Sa pesanteur spécifique était de 1,016; elle précipitait abondamment par l'acide nitrique et la chaleur, contenait très-peu d'urée; mais en revanche des globules de pus en grande quantité, avec un peu de mucus, du sang et de l'épithélium.

M. Osbrey chercha d'abord à calmer l'irritabilité de la vessie; il y réussit avec la liqueur de potasse, la jusquiame et les boissons mucilagineuses; l'écoulement de sang se suspendit aussi. Le 30 avril, le malade accusait une douleur dans la région lombaire droite, qui fut entièrement enlevée par l'application d'un vésicatoire sur ce point; l'écoulement urétral cessa le lendemain. L'urine continuait à être fortement albumineuse, acide, peu riche en urée, mais très-chargée de globules de pus. La mixture sédative fut continuée, et le 6 mai on commença la teinture de chlorure de fer à la dose de 10 gouttes, trois fois par jour. Le lendemain il y eut un peu de céphalalgie et de maux d'estomac, qui ne durèrent que quelques jours et ne firent pas interrompre le médicament. Le 13 mai, l'urine était plus abondante, à 1,008, toujours albumineuse et pauvre d'urée, ne contenant plus de pus, mais des vibrions en grand nombre. Le fer fut continué, et l'on administra, trois fois par jour, des pilules composées de quinquina et d'extrait de gentiane, 2 grammes de chaque. Le 30 mai, l'urine était acide, d'une pesanteur spécifique de 1,017; pas d'albumine ni de pus; urée en proportion normale. Le fer fut continué jusqu'au mois de juillet; la guérison paraissait complète et ne s'est pas démentie depuis deux ans.

Ce fait est des plus importants, à cause de la complication de l'albuminurie et de la présence du pus dans les urines. Il présentait, par suite, de grandes difficultés de diagnostic, relativement au siége primitif de la maladie. Bien que l'urine fût fortement albumineuse, la présence du pus dans ce liquide devait rendre très-réservé dans le diagnostic. On sait, en effet, que tout liquide dans lequel flottent des globules de pus contient de l'albumine, et, par conséquent, que leur mélange avec l'urine rend celle-ci albumineuse; de sorte qu'on doit s'attendre à trouver de l'albumine dans tous les cas d'inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse le bassinet, les uretères, même dans le cas de cystite et d'urétrite, alors que ces membranes sécrètent du pus. Toutefois, dans ce cas particulier, bien qu'il y eût évidemment une irritation de la vessie, annoncée par des besoins répétés d'uriner, avec douleur au passage de l'urine et écoulement glaireux par l'urètre, bien que l'existence de la pyélite fût presque démontrée par la grande quantité de pus et par la persistance de son évacuation, même après la cessation de toute irritation de la vessie ; il n'en est pas moins vrai que la présence, au début, des symptômes dyspeptiques, la pâleur du malade, l'abondance du pus, celle de l'albumine, trop grande pour pouvoir être rapportée à ce dernier, la diminution de l'urée enfin, tous ces symptômes, joints à la présence de l'œdème des extrémités, devaient faire admettre une pyélite secondaire à une altération du sang, laquelle avait déterminé une néphrite cachectique ; et ce qui achevait de confirmer cette opinion, c'est que l'albumine persista dans l'urine, après la disparition de toute trace de pus. Enfin, les heureux résultats du traitement général par les ferrugineux vinrent établir, de la manière la plus convaincante et la plus satisfaisante, l'exactitude du diagnostic.

Dans tous les cas qui précèdent, on voit que l'usage du fer a été commencé dans la première période de la maladie; dans certains cas même, alors qu'il devait exister une congestion du rein, se traduisant par la présence du sang dans l'urine et par des douleurs dans la région lombaire. Je suis loin cependant d'en recommander l'emploi dans tous les cas sans exception. J'insiste sur ce point, que tous les faits qui précèdent doivent se rattacher à des congestions passives ; qu'ils ne s'accompagnaient pas de fièvre, et qu'ils différaient absolument de ces cas d'albuminurie que l'on observe avec l'hydropisie inflammatoire aiguë, à la suite de l'exposition au froid ou de la scarlatine. Il ne faut pas, dans ces derniers cas, administrer le fer, jusqu'à ce qu'on ait éteint le travail inflammatoire par un traitement antiphlogistique et qu'on ait ranimé l'action de la peau et de l'intestin. J'ajoute que, dans tous les cas où l'on administre le fer, on doit s'atta-

cher avec soin à régulariser les fonctions intestinales ; et s'il y a de l'hydropisie, le sang doit être débarrassé de l'eau en excès, à l'aide de purgatifs, en particulier de la poudre composée de jalap et de petites doses d'élatérium.

Les antécédents et les symptômes présentés par les malades dont je viens de faire l'histoire, aussi bien que les altérations pathologiques que j'ai rencontrées dans des cas semblables, dans lesquels j'ai eu l'occasion d'examiner les organes après la mort, me portent à croire que les changements de structure qui existaient dans les cas rapportés plus haut, et que l'on rattache à la maladie de Bright, diffèrent considérablement de ceux qui sont la conséquence d'une inflammation ordinaire. Je suis donc entièrement d'accord avec M. Handfield Jones, quand il dit que « les changements de texture, tels qu'on les suit dans le rein, semblent le résultat d'un changement lent et graduel dans le tissu propre de cet organe, et que la cause essentielle de ce changement morbide se trouve dans l'arrivée d'un sang altéré dans le tissu de la glande. » Une détérioration générale s'opère donc dans les tissus les plus importants de l'économie ; et lors même que l'on trouve quelques traces de produits inflammatoires, on ne saurait y voir certainement la cause première du changement morbide, et l'inflammation subaiguë du rein, pas plus que la néphrite desquamative chronique ne donnent une juste idée de la condition pathologique qui constitue réellement la maladie de Bright.

Voici maintenant un fait qui montre les bons effets du fer à une période plus avancée de la maladie.

Obs. V. *Ascite datant de neuf mois ; urines albumineuses ; gonflement du foie ; préparations ferrugineuses ; grande amélioration.* — Catherine Mac Kenna, âgée de vingt-deux ans, pâle, amaigrie, entra à l'hôpital de Meath le 17 mars 1852. Neuf mois auparavant, douleur et sensibilité à l'épigastre et dans l'abdomen. Très-peu de temps après, le ventre commença à augmenter de volume, et il continua depuis. La douleur était accompagnée d'efforts pour vomir, qui se reproduisaient tous les jours à la même heure, mais sans vomissements réguliers. Ces efforts de vomissement durèrent trois mois. L'abdomen était fortement distendu, mais plutôt par des gaz que par de la sérosité, qui était peu abondante. Le lobe droit du foie était augmenté de volume ; mauvais appétit, soif, de temps en temps de la céphalalgie ; toux petite, sèche, avec transpiration la nuit ; un peu de matité, avec augmentation de la résonnance de la voix sous la clavicule droite ; urine abondante, très-pâle, alcaline à 1,004 ; pas de précipité par la chaleur, mais abondant précipité d'albumine par l'acide nitrique ; pas de trace

d'urée ; sédiment trouble, composé d'épithélium rénal moulé sur les tubes urinifères, et quelques globules d'huile. Deux ans auparavant, elle avait fait une chute dans l'escalier, et sur le dos ; elle y avait fait peu d'attention, lorsque, il y a quelques mois, la douleur reparut, mais elle fut enlevée par un vésicatoire. Elle avait eu de la leucorrhée pendant les deux dernières années ; jamais de gonflement des membres inférieurs ; un peu de tendance au dévoiement ; elle n'était pas enceinte. Je commençai chez elle par la liqueur de pernitrate de fer, à la dose de dix gouttes, trois fois par jour ; elle prit ensuite l'ammonio-citrate de fer, trois fois par jour ; sous l'influence de ce traitement, amélioration dans les symptômes généraux et dans l'appétit. L'urine devint acide, tout en restant albumineuse ; elle l'était moins cependant, et la pesanteur spécifique était remontée à 1,012, lorsque la malade a quitté l'hôpital fortement soulagée.

Ce fait est encore intéressant comme présentant un exemple de cette forme de dégénération du rein appelée *stearosis* par Gluge, et correspondant à la dégénérescence graisseuse décrite par M. Johnson, forme qui paraît assez rare, au moins en Irlande, parmi les classes inférieures. On remarquera que l'anasarque faisait complétement défaut et qu'il y avait même peu d'ascite. Ce sont là des faits qui, sans être communs, ne sont pas très-rares, et l'hydropisie peut manquer conplétement, alors que, à l'autopsie, on trouve les altérations rénales les mieux caractérisées. L'absence d'urée dans l'urine est aussi un fait très-curieux, et cela sans aucun symptôme particulier que l'on pût rapporter à sa présence dans le sang. Cette circonstance renverse donc, soit dit en passant, cette théorie qui explique les complications secondaires graves de l'albuminurie, en particulier les phénomènes cérébraux, par la présence d'un excès d'urée dans le sang.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

### DE LA CURE RADICALE DE L'HYDROPISIE ENKYSTÉE DE L'OVAIRE PAR LES INJECTIONS IODÉES.

Jusqu'à présent, les hydropisies enkystées de l'ovaire ont toujours passé pour incurables, quoique leur traitement ait beaucoup occupé les chirurgiens du dernier siècle. La méthode par incision et exfoliation du sac a été préconisée par Ledran, Delaporte, Morand, etc. Les Mémoires de l'Académie de chirurgie renferment, en effet, plusieurs faits importants qui déposent en faveur de cette méthode. Cependant, les modernes ne l'ont point adoptée, et ils ont donné la préférence à la

ponction simple, qui n'est en résumé qu'un moyen palliatif. Mais la chirurgie, qui avance tous les jours vers la perfection, a trouvé d'autres ressources que la ponction, qui n'est pas ordinairement curative, et qui n'est qu'un dernier moyen destiné à faire cesser momentanément la gêne que l'épanchement occasionne dans les fonctions de la digestion et de la respiration. En effet, on n'en tarit pas la source : à un premier épanchement en succède bientôt un autre ; si on l'évacue, la maladie ne tarde pas à se reproduire ; à chaque nouvelle ponction, la malade s'affaiblit et finit par succomber.

Dans ces dernières années, une nouvelle réaction a paru s'opérer à cet égard, et on est revenu à une méthode qu'on avait déjà conseillée il y a longtemps, l'excision, et qu'on avait ensuite abandonnée, à cause des résultats malheureux qu'on avait obtenus en voulant exciser la poche ovarienne. C'est surtout en Angleterre et en Amérique que plusieurs opérations de ce genre paraissent avoir été pratiquées avec bonheur, et plusieurs chirurgiens distingués de ces deux pays ne sont pas éloignés de croire, en s'appuyant sur des faits assez nombreux déjà, que ce mode opératoire devrait être préféré à celui conseillé par l'Académie de chirurgie. Quoi qu'il en soit de ces diverses méthodes de traitement, l'opinion de tous les médecins en France est encore que l'hydropisie enkystée de l'ovaire est presque constamment incurable, et les exemples de guérison spontanée sont si rares qu'il en existe à peine deux ou trois cas.

Il y avait donc quelque chose à faire : il fallait trouver une méthode opératoire qui, sans compromettre les jours des malades, offrît cependant aux médecins une ressource suffisamment puissante et efficace. Cette méthode, je crois l'avoir trouvée dans l'emploi des injections iodées dans l'intérieur du kyste ovarique, et je me propose d'en faire connaître aujourd'hui les résultats dans ce travail.

Telle est aujourd'hui la force de ma conviction à cet égard, que je n'hésite pas à poser en principe ce qui suit : lorsqu'un kyste est uniloculaire, qu'il est rempli d'un liquide limpide, citrin, s'écoulant avec facilité, et quels que soient d'ailleurs son volume et la quantité du liquide qu'il contient, on doit, si d'autre part les individus sont de bonne constitution, pratiquer d'abord une ponction, puis immédiatement après faire une injection iodée. Il est vrai que la connaissance de la plupart de ces circonstances, telles que la nature du kyste, la composition de son liquide, etc., n'est souvent acquise qu'après une première ponction, qui sert à éclairer le diagnostic et à indiquer si l'on doit faire seulement l'injection iodée, ou bien si l'on doit, après cette injection, laisser une sonde à demeure dans la tumeur. Mais comme

l'injection iodée est une opération qui n'entraîne après elle aucun danger, on ne court aucun risque de la tenter d'abord, même dans les kystes qui, *à priori*, ne présentent pas toutes les conditions que nous venons d'énumérer, pour qu'une injection unique puisse réussir. Si celle-ci ne produit aucun résultat satisfaisant et si l'hydropisie reparaît ensuite, il est toujours temps de revenir à une seconde ponction, et de procéder alors comme pour les kystes plus volumineux et plus compliqués, c'est-à-dire de laisser une sonde à demeure et d'en venir à des injections répétées et à des soins plus longs et plus minutieux.

Voici, d'ailleurs, comment nous procédons :

Lorsque le liquide contenu dans une poche ovarique est écoulé, ou avant même que l'écoulement soit complet, nous glissons dans la canule, qui doit être celle d'un gros trocart, une sonde en gomme élastique. Cette sonde, qui n'est autre que celle dont on fait usage pour évacuer la vessie, doit avoir des ouvertures latérales bien larges, et être assez grosse pour remplir exactement la canule, afin qu'en retirant celle-ci, elle puisse la remplacer complétement et fermer la plaie faite par le trocart.

Une fois la sonde introduite, si le liquide s'est écoulé difficilement par la canule, ce qui arrive quelquefois lorsque les kystes sont anciens et qu'ils contiennent une matière épaisse, filante comme de l'huile ou du blanc d'œuf, il faut, avec de l'eau tiède ou une solution légère d'iodure de potassium, faire plusieurs lavages coup sur coup pour délayer et dissoudre la matière renfermée dans le kyste et la rendre d'un écoulement plus facile. Qu'on parvienne ou non à vider complétement le kyste, cela n'empêche pas de faire une injection iodée, qu'on laisse également cinq ou six minutes et dont on fait ressortir tout ce que l'on peut. Pendant les premiers lavages et l'injection iodée, on malaxe le kyste et on fait placer le malade dans différentes positions, dans le but de déplacer et de rendre plus liquide le contenu de la tumeur, et de mettre toute l'étendue de ses parois en contact avec l'injection iodée.

Toutes ces manœuvres étant exécutées, on bouche la sonde avec un fausset et on la fixe au bandage de corps ou sur le ventre avec un morceau de diachylon, en recommandant au malade ou à ceux qui l'entourent de la déboucher de temps en temps, deux ou trois fois par jour, le matin, à midi, et le soir, et même plus souvent si c'est nécessaire, afin que le liquide sécrété par la face interne du kyste s'écoule au dehors au fur et à mesure de sa formation, et jusqu'à ce que les ressources de l'art et les efforts de la nature en aient tari la source, en permettant aux parois de la poche kystique de revenir sur elles-mêmes, de se rapprocher et de se réunir.

Quand le liquide s'écoule avec facilité, ce qui permet au kyste de se vider complétement, on se contente de faire des lavages tous les deux ou trois jours ; seulement ces lavages doivent être plus fréquents si la matière qui s'écoule prend une mauvaise odeur. Dans cette dernière circonstance, on a recours à des injections iodées plus rapprochées, afin de modifier la nature de l'écoulement et de lui enlever sa fétidité. Pendant les premières semaines, les lavages et les injections iodées n'ont d'autre but que de nettoyer la cavité du kyste, de la débarrasser de toutes les matières qu'elle pourrait contenir, d'empêcher la décomposition de la matière sécrétée, décomposition qui devient d'ailleurs difficile, si l'on a soin de ne pas laisser séjourner le liquide et de lui donner issue presque aussitôt qu'il est formé, en débouchant la sonde.

En prenant toutes ces précautions, on permet aux parois de la poche ovarique de revenir sur elles-mêmes, et, au bout d'un temps assez court, elle éprouve une diminution de capacité très-sensible, diminution qu'il est très-facile de constater par les injections, qui ne peuvent plus pénétrer en aussi grande quantité, et par le retrait de la tumeur abdominale, qui devient de moins en moins volumineuse. On sait, d'ailleurs, que toutes les fois qu'une cavité ou un organe creux est, par une cause quelconque, privé de son contenu habituel, il revient sur lui-même, se rétrécit et s'oblitère même quelquefois.

Nous avons dit que la sonde devait être débouchée plusieurs fois dans la journée pour tenir le kyste continuellement vide ; mais il peut arriver que cette sonde, étant bouchée soit par du sang, soit par des mucosités ou toute autre matière, tout écoulement devienne impossible. Il suffit alors, pour la déboucher, de pousser quelques injections d'eau tiède dans le kyste.

La sonde mise à demeure doit être renouvelée de temps en temps, parce qu'elle se ramollit et se brise dans le point où elle sort du ventre ; mais il est prudent, quand elle est mise en place pour la première fois, de ne la renouveler qu'au bout de sept ou huit jours, parce que dans cet espace de temps des adhérences ont dû se former entre les parois de l'abdomen et celles du kyste, et qu'alors on n'a plus à redouter le moindre épanchement. Pendant le reste du temps où l'on doit faire usage de la sonde, il suffit de la changer tous les huit ou dix jours, en ayant soin d'augmenter peu à peu son volume. Un soin qu'il est important de ne pas oublier, surtout lorsqu'on change la sonde pour la première fois, c'est d'abord de lui imprimer quelques mouvements de va-et-vient, afin qu'en rendant plus libre et plus direct son trajet, on puisse mieux et plus sûrement replacer la nouvelle sonde. On recommande ensuite au malade de ne pas bouger du moment que la sonde est

retirée, et de rester dans la même position jusqu'à ce qu'une autre soit introduite. Faute de précautions, on pourrait faire des fausses routes, déchirer les adhérences encore peu solides qui viennent de se former, et ne pouvoir plus pénétrer dans le kyste, ce qui serait un inconvénient grave et retarderait la guérison ; car après un pareil contre-temps, on serait obligé d'attendre que le kyste se remplît de nouveau pour en venir à une nouvelle ponction, et de suivre encore la marche que nous venons de tracer.

Une autre précaution qui nous semble aussi avoir son importance, est de ne pas trop enfoncer sa sonde, et de ne pas laisser son extrémité interne ou abdominale toujours à la même place, dans la crainte que cette extrémité, toujours en contact avec le même point, ne vienne à l'irriter, à l'enflammer, à l'ulcérer et à le perforer ensuite.

Quand l'ouverture fistuleuse est bien établie, bien directe, que tout épanchement dans le péritoine est devenu impossible par suite de l'union intime et solide des parois abdominales avec la tumeur ovarique, il nous paraît convenable, et commode pour les malades, de remplacer les sondes en gomme élastique, qui se ramollissent et s'écaillent facilement à l'endroit où elles sortent du ventre, par une canule en ivoire, que nous avons fait fabriquer par M. Charrière. Cette canule, dont la longueur peut varier de 12 à 18 centimères, est plus renflée à son centre qu'à ses extrémités, dont l'une, celle qui est introduite dans le kyste, est arrondie et percée de deux ouvertures latérales comme les sondes en gomme élastique, tandis que l'autre, celle qui est hors du ventre, est garnie d'un robinet en argent ou en platine, que les malades peuvent ouvrir et fermer à volonté ; de telle sorte qu'elles peuvent laisser sortir le liquide du kyste quand bon leur semble, et y faire des injections. Cette canule, une fois appliquée, est peu gênante pour les malades qui la maintiennent facilement, soit à l'aide d'un bandage de corps, auquel on la fixe en faisant une ouverture au point correspondant au robinet, soit en la fixant autour du corps à l'aide de rubans de fil. Avec cette canule, qui dure longtemps et qui est aussi facile à placer qu'une sonde en gomme élastique, qu'on peut retirer et nettoyer à volonté, les opérées peuvent aller et venir, et vaquer à toutes leurs occupations, sans être incommodées ni par la présence de cet instrument, ni par un écoulement continu. Nous avons également fait faire des sondes en gomme élastique, de la même longueur que la canule en ivoire, et garnies d'une tête en ivoire pour les maintenir et les empêcher de s'échapper dans le ventre ; mais on est obligé de les boucher avec un fausset pour empêcher l'écoulement continu de la matière sécrétée dans la tumeur.

Comme il est facile de le prévoir d'après tous ces détails, lorsqu'on est obligé d'en venir à ce mode de traitement, il faut prévenir les malades que la durée doit en être longue, et, quoi qu'on fasse d'ailleurs, il ne faut pas espérer une guérison radicale en moins de plusieurs mois, deux ou trois, quelquefois quatre ou cinq, et même plus, rarement moins. Dans les cas où une seule injection suffit après la ponction, et où il n'est pas nécessaire de laisser une sonde à demeure, la guérison est beaucoup plus prompte, et quelquefois aussi prompte que pour l'hydrocèle.

Il est impossible d'indiquer *à priori* le nombre des lavages et des injections qu'il faut pratiquer pour arriver à une guérison radicale. Ces lavages et ces injections sont nécessaires tant que le kyste n'est pas entièrement revenu sur lui-même, tant qu'il conserve une certaine capacité, en un mot tant qu'il y a fistule; car il y aurait danger à laisser celle-ci se boucher si le kyste n'était pas entièremont oblitéré, et si sa cavité contenait seulement une cuillerée ou une demi-cuillerée de liquide. Il n'en faudrait pas davantage pour que la maladie pût se reproduire et dilater de nouveau la poche ovarique. Quant à la fréquence des injonctions iodées, elle est basée sur la nature du liquide : s'il devient fétide, ou s'il prend une mauvaise odeur, il faut répéter les lavages, et rapprocher les injections iodées. Dans le cas où le liquide ne s'altère pas, des injections iodées, faites tous les huit ou dix jours, suffisent ; seulement on doit les modifier suivant l'état du kyste et son étendue, et suivant qu'on juge à propos d'activer ses propriétés vitales et d'y produire une inflammation plus ou moins vive. Les deux observations suivantes, que nous avons choisies parmi beaucoup d'autres, donneront peut-être une idée plus exacte de ce mode de traitement que la description que nous en avons faite.

Obs. I. *Hydropisie considérable de l'ovaire droit; une seule ponction, une seule injection iodée; guérison.* — Une dame de la rue Saint-Denis, âgée de cinquante-quatre ans, de bonne constitution, et habituellement de bonne santé, ayant eu plusieurs enfants, me fit appeler le 18 novembre 1849, pour lui remettre l'épaule droite, qu'elle venait de se luxer dans une chute sur le côté, en allant consulter un charlatan renommé du faubourg Saint-Denis, dont elle suivait les avis et prenait les drogues pour une hydropisie volumineuse, datant de plusieurs années. A mon arrivée, je trouvai cette dame au milieu de l'appartement, étendue sur un matelas, et ne pouvant se permettre le plus petit mouvement ; elle était dans un triste état. Outre une luxation scapulo-humérale droite, que je réduisis assez facilement, elle portait à la tête, au coude, et par tout le côté droit du corps, de nombreuses traces de contusions et de plaies contuses. Le développement du ventre était énorme, il descendait jusque sur les genoux, il était tendu, douloureux, et menaçait de se rompre. La difficulté de respirer était très-grande, il y avait de l'oppression, une anxiété extrême, de la fièvre, des

nausées. La malade était maintenue sur son séant par un grand nombre d'oreillers. Dans cet état de choses, que je regardais comme très-grave, je proposai de pratiquer immédiatement la ponction. Ma proposition fut mal accueillie par la malade et les siens, car le charlatan avait promis de guérir radicalement sans cette opération, à l'aide de ses remèdes qu'elle prenait depuis longtemps cependant, et sans succès. Ayant alors déclaré à toute la famille réunie qu'il n'y avait pas d'autre moyen pour soulager la malade, et qu'elle succomberait probablement dans un temps qui me paraissait assez rapproché, si on temporisait, on me demanda quelque temps pour réfléchir; mais, au bout de quelques jours, la position de la malade étant devenue plus grave, et toute la famille ayant été consultée, on me laissa la liberté de faire tout ce que je jugerais convenable, mais avec la conviction, comme on me l'a avoué depuis, que la malade était perdue, la ponction devant être inévitablement mortelle, au dire du charlatan, médecin alors en grande vénération auprès de toute la famille. D'aucuns même opinaient pour qu'on laissât mourir cette pauvre dame sans l'opérer, plutôt que de la faire souffrir en lui faisant une opération inutile.

Heureusement pour Mme L... que je ne voulus tenir aucun compte de toutes ces considérations malencontreuses, et que je passai outre. Le 25 novembre 1849, je pratiquai une ponction qui donna issue à vingt-deux litres d'un liquide séreux, rougeâtre, s'écoulant facilement. Après quoi j'injectai 180 grammes environ de liquide iodé, composé de trois parties d'eau, d'une partie de teinture d'iode, et additionnée d'iodure de potassium. Cette injection ne produisit aucun phénomène immédiat, mais la sensibilité du ventre, la fièvre, qui existaient avant l'opération, persistèrent avec assez d'intensité pendant plusieurs jours, et s'accompagnèrent même d'une rétention d'urine, qui exigeait le cathétérisme deux fois par jour. Des onctions avec l'onguent napolitain, des cataplasmes faits avec une décoction de pavots et arrosés de laudanum, furent continués pendant plusieurs jours. Enfin, tous les signes de l'inflammation disparurent, et avec eux l'hydropisie qui ne s'est pas reproduite depuis ce moment. La malade, qui était considérablement amaigrie, a repris beaucoup d'embonpoint, et jouit encore aujourd'hui, près de quatre ans après cette opération, de la santé la plus parfaite.

Obs. II. *Hydropisie enkystée de l'ovaire droit; plusieurs ponctions à quelques mois de distance; injection iodée après la deuxième ponction, résultat nul. Nouvelle ponction, sonde à demeure, lavages, plusieurs injections iodées; guérison.*— Dans les premiers jours de novembre 1851, vint à Paris une dame de Fontainebleau, âgée de plus de soixante ans, d'une corpulence telle qu'elle pouvait à peine marcher, jouissant habituellement d'une bonne santé, quoique atteinte, depuis douze ou quinze ans, d'une éventration énorme, placée à gauche et en bas, en dehors de la ligne blanche. Elle était obligée, pour soutenir son ventre qui avait des proportions peu ordinaires et qui tombait jusque sur ses genoux, qu'il dérobait à la vue, de porter une large sous-ventrière en forme de ceinture, venant s'attacher sur les épaules, à l'aide de bretelles. Mariée deux fois, elle n'avait jamais eu d'enfants. En 1849, à la suite d'une chute sur les genoux, on reconnut qu'elle avait, outre son éventration, une tumeur considérable du côté droit du ventre, tumeur qui contenait du liquide et n'était autre chose qu'une hydropisie enkystée de l'ovaire. Soumise à divers traitements médicaux, elle n'en retira aucun profit.

Cette hydropisie ayant fait des progrès et amené une gène considérable dans les fonctions de la poitrine et du ventre, elle fut obligée de se soumettre à une première ponction qui fut pratiquée par M. Lenoir, chirurgien de l'hôpital Necker, dans le courant de juillet 1851. Le soulagement qu'elle en éprouva fut de courte durée, et trois mois après elle revenait à Paris réclamer une nouvelle ponction, et se confier aux soins éclairés de M. le docteur Hupier, qui me fit appeler en consultation. Je proposai de faire, après la ponction, une injection iodée dans le kyste, ce qui fut accepté par mon confrère et par la malade. C'était le 3 novembre 1851. Sept jours après, Mme de N. retournait à Fontainebleau, n'ayant pas plus souffert de l'injection iodée que d'une ponction simple. Il n'y eut pas la plus légère réaction, ni aucun phénomène digne d'être noté. Cette première injection fut sans résultat, ce que j'avais prévu, en raison de la grandeur du kyste qui contenait près de sept kilogrammes de liquide clair et s'écoulant parfaitement. L'hydropisie ne tarda pas à se reproduire, et trois mois et demi après, elle avait repris des proportions aussi considérables qu'avant les premières ponctions. La malade revint à Paris et fut visitée par M. le professeur Velpeau, qu'elle avait désiré consulter, sur l'avis de son médecin de Fontainebleau, M. Belloc, en raison de l'oppression, de la difficulté de respirer qu'elle éprouvait, de l'infiltration des membres inférieurs, etc. Je lui pratiquai, d'urgence, une ponction palliative, qui ne fut point suivie d'injection iodée. Cette ponction fut faite le 21 février 1852 La quantité du liquide était aussi grande qu'aux premières ponctions et était de même nature. Je ne voulus pas faire d'injection iodée après cette troisième ponction, ni placer de sonde à demeure, parce que j'espérais que le kyste, en revenant sur lui-même, aurait moins d'étendue. J'attendis donc, pour appliquer le traitement que je proposais, que le kyste commençât à se remplir et que la fluctuation fût assez manifeste pour permettre une quatrième ponction, que je pratiquai le 15 mars 1852. Il s'écoula environ trois litres de liquide citrin, et de bonne nature. Seance tenante, par une sonde en gomme élastique que j'avais introduite dans le kyste par la canule du trocart, avant de la retirer, je fis une injection iodée de 150 grammes, composée de :

Teinture d'iode. . . . . . }
Eau distillée. . . . . . . . . } ãã 75 grammes.
Iodure de potassium. . . . 3 grammes.

Après être restée cinq ou six minutes dans le kyste, cette injection s'écoula presque en totalité. Je laissai la sonde à demeure, avec recommandation de la déboucher matin et soir, pour laisser sortir le liquide qui pourrait être sécrété par le kyste, ce qui fut exécuté très-exactement. Le 25 mai, nouvelle injection iodée à parties égales et avec les mêmes précautions que pour la précédente. La sonde que j'avais renouvelée, et qu'on avait soin de déboucher matin et soir, s'échappa du kyste dans la nuit du 28 au 29 mars, et il me fut impossible de la reintroduire, ce qui me força d'abandonner le kyste à lui-même et d'attendre ou qu'il continuât son retrait qui était déjà considérable, ou qu'il se remplît de nouveau, ce qui eut lieu en effet; mais les jours suivants, il survint dans la partie du ventre comprise entre la tumeur et l'éventration une douleur assez vive au toucher, accompagnée de nausées, de vomissements, et de difficultés dans les évacuations alvines, qui étaient ordinairement journalières; en un mot tous les symptômes d'un étranglement. Il n'y avait pas de fièvre; des purgatifs

administrés à la malade produisirent un bon effet, et le 13 avril, la fluctuation étant devenue très-évidente, et la malade se trouvant mieux, je fis une nouvelle ponction, qui donna issue à environ un litre et demi de matière verdâtre purulente. Une injection iodée fut pratiquée immédiatement par une sonde placée à demeure, et des lavages quotidiens eurent lieu. Tous les trois ou quatre jours seulement, on les faisait suivre d'une injection iodée, toujours à parties égales, et la sonde était renouvelée tous les cinq ou six jours. Dans les premiers jours de mai, le kyste, considérablement diminué de volume, avait la grosseur du poing, et ne laissait s'écouler, lorsqu'on débouchait la sonde, qu'une cuillerée à peine de matière séro-purulente rougeâtre. D'ailleurs, il ne pouvait admettre que 20 à 25 grammes d'eau en injection. Des emplâtres résolutifs furent appliqués sur cette tumeur, dans le but d'en obtenir la résolution, et quelques purgatifs administrés pour combattre un peu de congestion cérébrale qui se manifesta dans les dernières semaines du mois de mai. Sous l'influence de ce traitement, continué jusqu'à la fin de mai, le kyste diminua encore de volume, et la sonde, laissée en place, par mesure de précaution, ne pénétrait plus qu'à 10 ou 12 centimètres de profondeur et ne laissait plus rien s'écouler; d'ailleurs, son introduction était devenue si facile, que la malade elle-même pouvait être son chirurgien, et matin et soir elle ôtait et remettait la sonde. Elle est retournée à Fontainebleau dans les premiers jours de juin, se portant parfaitement bien, avec le conseil de conserver encore quelque temps sa sonde, par mesure de précaution, et pour que la cavité du kyste soit complétement oblitérée et ne puisse plus sécréter aucun liquide. Cette malade a été revue par M. Velpeau au moment de son départ, et visitée par MM. Cazeaux et Follin. Depuis, son médecin habituel, M. le docteur Hupier, qui avait reçu de ses nouvelles dans les premiers jours d'août, m'a appris que la guérison et la santé de Mme N... étaient parfaites.

La composition des injections iodées ne doit pas être la même dans toutes les circonstances. Au début, et jusqu'à ce que la cavité du kyste soit considérablement réduite, nous faisons des injections composées de parties égales d'eau distillée et de teinture alcoolique d'iode, rendue plus soluble par l'addition d'une certaine quantité d'iodure de potassium, environ 1 gramme par 25 grammes de teinture d'iode. Voici la formule que nous employons d'habitude, dès le commencement du traitement :

| | |
|---|---|
| Eau distillée. . . . . . . . . | 100 grammes. |
| Teinture alcoolique d'iode. | 100 grammes. |
| Iodure de potassium. . . . | 4 grammes. |

Dans le courant du traitement, et à mesure que le kyste revient sur lui-même, que la quantité du liquide qui s'écoule diminue, nous augmentons progressivement la dose de teinture iodique, et nous arrivons à deux parties de teinture sur une partie d'eau ; enfin, nous faisons usage de teinture pure lorsque le kyste est considérablement diminué d'étendue, et qu'il est arrivé à ne plus contenir qu'un verre ou un

demi-verre environ de liquide, ce qu'il devient facile de connaître par la quantité d'eau que l'on peut injecter par la sonde.

Quelle que soit la grandeur du kyste, qu'il renferme quinze ou vingt litres de liquide, et même plus, ou bien qu'il n'en contienne que quelques litres seulement, nous n'injectons jamais plus de 150, 200 à 300 grammes de liquide iodé, que nous laissons de cinq à six minutes, pour les laisser ressortir ensuite, si c'est possible. Dans le cas où cette injection resterait entièrement dans la poche injectée, ce qui arrive quelquefois, il ne faudrait nullement s'en préoccuper, car il ne peut en résulter rien de fâcheux.

Les effets immédiats produits par ces injections dans les kystes de l'ovaire varient suivant l'état particulier des malades, état qu'il est impossible de déterminer à l'avance. Au moment de l'injection, bien des malades n'éprouvent aucune sensation, ni désagréable, ni autrement, et si on ne les prévenait, elles ne se douteraient pas de l'opération qu'elles viennent de subir : d'autres ressentent une chaleur légère quelquefois, mais rarement accompagnée de douleur, de coliques. Dans quelques cas, cette chaleur est plus vive et va jusqu'à une sensation de cuisson, elles éprouvent une fièvre plus ou moins forte. Quelquefois il survient des envies de vomir, des nausées, quelques symptômes de péritonite légère; il y a de l'agitation, de l'insomnie; la peau est chaude, le ventre est plus ou moins sensible, surtout dans les points en rapport avec le kyste; mais tous ces phénomènes, habituellement très-légers, cèdent promptement au repos, aux cataplasmes émollients, laudanisés, aux onctions mercurielles, etc., et disparaissent complétement dans les premières vingt-quatre heures; rarement ils durent plus de deux ou trois jours. Ces symptômes de réaction peuvent se produire après chaque injection iodée, surtout dans les cas où l'on fait usage de teinture d'iode pure. En résumé, les phénomènes dus aux injections iodiques sont à peu près les mêmes chez tous les malades; seulement, ils sont plus ou moins sensibles suivant les individus, et sans qu'il soit possible de donner la raison de leur effet plus marqué dans un cas que dans un autre. Chez les sujets nerveux, très-impressionnables, la réaction est en général plus prononcée et plus forte que chez les autres malades, mais elle disparaît aussi facilement sous l'influence de la médication calmante et antiphlogistique que nous avons indiquée.

Docteur Boinet,
Membre de la Société de chirurgie.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

---

### SUR LA PHELLANDRINE OU PRINCIPE ACTIF DU PHELLANDRIUM AQUATICUM.

Les recherches de MM. Devay et Guilliermont sur le principe actif de la ciguë, celles de Buchner sur le principe actif de la digitale, tendent à accréditer cette opinion que, pour ces deux substances, le principe actif se trouve principalement dans le fruit. Il était naturel de penser, pour la phellandrine dont les semences sont, comme on sait, employées assez largement en thérapeutique depuis plusieurs années, que le principe actif devait s'y trouver également et pouvait par suite en être extrait sans difficulté. Un pharmacien de Lyon, M. Hutet fils, vient de s'assurer de la réalité de ce qui n'était qu'une prévision.

Le principe actif du phellandrium, auquel il a donné le nom de *phellandrine*, est facile à obtenir : le fruit duquel on le retire en contient, si l'on en juge par le résultat de diverses opérations, 2 ou 3 pour cent en moyenne. Pour se le procurer, on épuise par l'éther sulfurique les fruits du phellandrium, préalablement contusés; on sature la solution éthérée par un excès de potasse caustique, on distille pour recueillir la plus grande partie de l'éther employé ; on reprend le marc avec de l'eau aiguisée d'acide sulfurique, on soumet de nouveau à la distillation, à la température de 80 à 100°, et on recueille alors dans le récipient un liquide neutre, presque incolore au début de la distillation, puis légèrement ambré, d'une apparence huileuse, plus léger que l'eau, dans laquelle il s'en dissout un peu, d'une odeur forte, nauséabonde et légèrement éthérée, soluble dans l'éther, l'alcool et les graisses, moins soluble dans les huiles fixes que dans les huiles volatiles; c'est la phellandrine.

La preuve que c'est bien le principe actif de la phellandrie, c'est son action toxique ; 50 centigrammes de phellandrine, injectés dans les veines d'un chien, ont produit, quelques instants après, de la gêne dans la respiration, des tremblements nerveux, de l'anxiété pendant quelques heures ; l'animal n'a pas succombé, mais deux oiseaux auxquels on a introduit la même dose de phellandrine dans le bec, ont succombé en quinze ou vingt minutes. C'est aussi son action thérapeutique ; car M. Devay, qui a essayé, parallèlement aux pommades d'extrait de ciguë, de jusquiame et de belladone, une pommade de phellandrine ainsi composée :

Axonge récente et bien lavée. 50 grammes.
Phellandrine. . . . . . . . . 1 gramme.

pense que cette pommade, par ses effets calmants et sédatifs, se rap-

proche du baume de conicine, et que cette préparation mérite un emploi assidu pour arriver à des conclusions certaines touchant son action résolutive.

On pourrait du reste employer des granules contenant chacun un milligramme du principe actif, ou un sirop contenant par chaque cuillerée à bouche, soit 20 grammes, un centigramme du même produit.

---

QUELQUES REMARQUES SUR L'EXTRAIT DE MONÉSIA.

On est très-peu fixé sur l'origine de l'extrait de monésia que l'on trouve dans le commerce. On l'obtient, dit-on, de l'écorce d'un arbre qui croît au Brésil, et que Virey dit être un *chrysophillum* (Sapotées), tandis que, pour Martins, c'est le *mohica* des Brésiliens, et que, d'un autre côté, suivant M. Constant Berrier, il porte dans le pays les noms de *buranhem*, *guaranhem*, etc. Duchesne, dans son Répertoire des plantes utiles et vénéneuses du globe, Descourtils, dans sa Flore médicale des Antilles, mentionnent l'écorce du *Cainito-chrysophillum*, comme tonique, astringente et fébrifuge. Un pharmacien de New-York, M. Dupuy, qui a examiné quelques échantillons d'extrait de monésia, a été frappé de la grande ressemblance de cet extrait avec celui de campêche (*hematoxylon campechianum*): tous deux ont le même goût douceâtre, astringent, précipitent les sels de fer, etc. Or, comme tous deux sont recommandés dans les mêmes circonstances, c'est-à-dire dans la dyssenterie et dans la diarrhée, après la période inflammatoire, dans cet état de relâchement intestinal qui succède au choléra chez les enfants, etc., M. Dupuy se demande, d'une part, si l'extrait de monésia que l'on vend dans le commerce ne serait pas par hasard un extrait de campêche; et, d'autre part, s'il n'y aurait pas lieu de remplacer une substance d'un prix élevé, et sur l'origine de laquelle on n'est pas fixé, par l'extrait de campêche, très-peu employé aujourd'hui, mais qui a joui autrefois d'une grande réputation dans les cas de ce genre. Sur le premier point, il est difficile d'admettre qu'une pareille mystification eût pu se produire depuis tant d'années, sans que la vérité fût connue; et d'ailleurs les échantillons de l'écorce qui fournit le monésia, que nous avons eus entre les mains, nous permettent d'affirmer que ce n'est pas l'*hematoxylon campechianum*. Quant au second point, on comprend que nous ne pouvons nous prononcer ; nous signalons seulement aux médecins la remarque de M. Dupuy, afin qu'ils jugent par eux-mêmes ce qu'il faut penser de cette grande ressemblance de l'extrait de monésia et de celui de campêche.

---

MOYEN FACILE DE PRÉPARER DES EXTRAITS SECS.

On sait combien il est difficile de préparer des extraits secs dans les officines ordinaires qui ne possèdent pas les appareils si parfaits de M. Grandval ou ses analogues. Un pharmacien allemand, M. Mohr, donne pour leur préparation le procédé suivant, qui est adopté à Berlin et dans toute l'Allemagne, et qui semble atteindre assez bien le but qu'on se propose.

On prend d'un extrait quelconque et de poudre de réglisse parties égales; on les mêle avec soin dans un mortier. Une fois bien mêlés, on met la pâte dans un vase de terre à fond plat, et l'on place ce vase sur un vase de fer quelconque, un peu profond et à bords relevés, que l'on a eu soin de remplir de chlorure de calcium préalablement desséché à grand feu dans ce même vase, mais sans aller cependant jusqu'à la fusion. Ce vase de fer doit avoir un couvercle pour empêcher l'abord de l'air, et permettre au chlorure de calcium d'absorber les vapeurs aqueuses provenant de l'extrait. On n'y touche pas de quelques jours, et lorsqu'on enlève l'extrait, qui est parfaitement sec, on le mêle dans un mortier avec parties égales de poudre de réglisse, et, le mélange opéré, on conserve dans des flacons fermés.

---

TROCHISQUES CONTENANT DE L'IODE OU DES IODURES VOLATILS.

M. le docteur Langlebert a communiqué récemment à l'Académie des sciences une note sur un nouveau mode d'administration de l'iode et des iodures volatils, au moyen de trochisques semblables à ceux connus sous le nom de *pastilles du sérail*. Voici la formule de ces trochisques :

Pr. Charbon de braise pulvérisé............. 20 grammes.
Azotate de potasse pulvérisé.............. 3 grammes.
Mêlez entièrement et passez au tamis fin, puis ajoutez :
Iode.............................. 10 grammes.
Mêlez de nouveau en triturant.

Le mélange étant parfaitement fait, ajoutez-y une quantité suffisante d'un mucilage *très-léger* de gomme adragant pour faire pâte, puis divisez cette pâte en 20 trochisques.

Faites sécher rapidement au soleil ou à l'étuve, et conservez dans des flacons bien bouchés. Chaque trochisque contient 0,50 d'iode.

Pour employer ces trochisques, il suffit de les allumer par leur sommet et de les placer sur le marbre d'une cheminée ou d'une table de nuit. La combustion continue d'elle-même en vaporisant lentement l'iode dans l'atmosphère de la chambre.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

### OBSERVATIONS SUR LES EFFETS DES BAINS SODO-BROMURÉS DE SALINS, DANS LE TRAITEMENT DE LA DIATHÈSE LYMPHATIQUE.

Pour l'étude des eaux minérales, qui se poursuit aujourd'hui avec un si grand zèle, vous en avez appelé à l'expérimentation clinique bornée à l'examen d'un seul ordre d'affection. Permettez-moi de mettre sous les yeux de nos confrères quelques faits témoignant de l'efficacité des bains sodo-bromurés contre la diathèse lymphatique. Ces résultats offrent d'autant plus d'intérêt, que les maladies qui font le sujet de ces observations offraient le type de la diathèse, puisque elles avaient porté l'altération la plus profonde dans le système osseux et toute la constitution des malades.

Obs. Ire. *Carie scrofuleuse de l'articulation tibio-tarsienne droite.* —Anat. G..., de Salins, âgé de cinquante ans, fut atteint à différentes époques d'ulcères chroniques aux jambes. En novembre 1845, la région tarsienne du pied droit se tuméfia, les téguments en rapport rougirent, une fluctuation très-étendue se fit remarquer; plusieurs abcès qui s'ouvrirent se changèrent en ulcères à fond couenneux, grisâtre, dont les bords renversés laissaient couler un liquide séreux, roussâtre. Au moyen d'un stylet-mousse introduit dans les trajets fistuleux qui communiquaient ensemble, on pouvait s'assurer de la dénudation des os tarsiens : ils offraient une surface rugueuse. L'état du malade était tellement grave, que je craignais d'être obligé de recourir à l'amputation de la jambe, comme dernier moyen de conserver la vie. Mais par cette opération on ne détruisait point les éléments diathésiques générateurs de la lésion des os et des autres tissus ; il s'agissait, avant tout, de porter une profonde modification à la constitution du malade et, par suite, aux altérations consécutives. Dans ce but, on lui fit prendre matin et soir, depuis le 24 février 1846 jusqu'au 17 mars, 40 bains tièdes avec 1/4, puis les 2/3 d'eaux-mères ; leur durée était d'une heure et demie à deux heures, et leur température à 26° R. Sous l'influence de ce traitement actif, le gonflement péri-articulaire diminua des deux tiers, les fistules s'oblitérèrent, leurs ouvertures extérieures furent cicatrisées, l'articulation malade récupéra progressivement la liberté de ses mouvements; le malade mangeait avec appétit, il reprenait des chairs et de la vigueur. J'avais cessé de le visiter depuis quinze jours; mais quel fut mon étonnement, lorsqu'au commencement du mois d'avril je l'ai rencontré qui se promenait dans les rues de Salins, s'appuyant à peine sur un frêle bâton ! Un mois après, il ne

boitait plus et se rendait à pied à quinze kilomètres de notre ville pour exercer son état de charpentier, auquel il n'a pas cessé de se livrer jusqu'à ce moment, sans qu'il ait éprouvé la moindre récidive du mal.

Obs. II. *Adénite sous-maxillaire. Engorgement scrofuleux de l'articulation cubito-humérale gauche. Carie des os tarsiens de l'extrémité inférieure du même côté.* — Marie-Zoé Chevroton, dix ans, orpheline, demeurant à Myon (Doubs), constitution faible, anémique et scrofuleuse, est atteinte depuis un an de gonflement subinflammatoire et de suppuration à la région articulaire tibio-tarsienne de la jambe gauche, ainsi que d'adénite sous-maxillaire. Pendant l'hiver de 1849, quatre fistules s'ouvrirent autour de cette articulation; elles communiquaient ensemble; il y avait décollement des téguments de cette région du pied; ils étaient amincis et d'un rouge bleuâtre; de petits fragments osseux furent entraînés au dehors avec le pus séreux qui s'écoulait de ces fistules. Une sonde introduite dans ces ouvertures pénétrait sur l'astragale, le scaphoïde, les cunéiformes; la surface de ces os était rugueuse, dénudée. Gonflement, fluctuation profonde, sans changement de couleur à la peau de la région cubito-humérale gauche; il s'en écoula une grande quantité de pus avec des débris de tissu cellulaire pendant l'hiver de 1849. Cette enfant était maigre, pâle, chétive, se soutenait à peine sur deux béquilles; son état paraissait désespéré. Elle prit 16 bains en juin et autant en juillet de la même année. Ils étaient d'abord minéralisés avec 1/6, puis 1/3 d'eaux-mères de la saline de Salins que l'on fit transporter à Myon; leur durée était d'une heure et demie; on les chauffait à 26° R. Des flanelles imbibées d'eaux-mères enveloppaient l'articulation du coude, siége d'un ancien abcès, et celle du pied malade. Sur la fin d'août, tous les accidents que je viens d'énumérer avaient disparu comme par enchantement: il n'y avait plus d'engorgement des glandes sous-maxillaires, ni de tuméfaction à la région du coude; les mouvements en étaient faciles, ainsi que ceux du pied; on ne voyait qu'une très-petite ouverture fistuleuse qui tachait à peine le linge. La jeune malade marchait avec un peu de claudication et à l'aide d'un bâton. Malgré le régime débilitant auquel l'assujettissait son état de pauvreté et d'abandon, ses forces s'accrurent, elle augmenta de poids, et sa figure animée exprimait la santé. Après sa guérison, elle a été placée à Besançon dans une maison de lingerie.

De retour à Myon depuis quelques jours, elle a fait une partie du voyage à pied, sans l'aide de bâton, qu'elle a abandonné depuis longtemps. Maintenant c'est une forte et très-jolie fille, âgée de treize ans, grande pour son âge et sur le point d'entrer en pu-

berté. Mon intention est de profiter de son séjour dans nos montagnes pour lui faire prendre quelques bains sodo-bromurés, afin de résoudre un reste d'engorgement qui subsiste encore à l'articulation du pied autrefois malade, et de favoriser en même temps l'écoulement du flux mensuel, qui paraît devoir bientôt s'établir. La collection de pus dans le bras gauche de cette fille, sans foyer inflammatoire préalable, est le dernier terme auquel parvient la décomposition des humeurs dans la scrofule. J'ai observé ces abcès multiples pyogéniques, sans réaction inflammatoire, chez un nommé Pernet, de Saizenay, canton de Salins. Nos bains d'eau salée bromurée en tarirent la source et guérirent également ce jeune homme d'un goître volumineux. Mais l'année suivante, sous l'influence d'un mauvais régime et d'une habitation humide et malsaine, le vice lymphatique se transforma en tubercules pulmonaires, qui passèrent rapidement à la suppuration et causèrent la mort de Pernet. Avant la tuberculisation des poumons, nous avions conservé l'espoir de l'arracher à une fin prématurée.

Jamais l'activité médicale de nos eaux n'a été plus énergique que sur Marie Chevroton ; il a fallu pour guérir cette jeune fille que la restauration de sa constitution morbide se fît au milieu des causes incessantes qui en avaient amené l'altération, et sous l'influence desquelles Marie Chevroton a continué à vivre pendant son traitement et durant sa convalescence. Ces deux faits resteront dans les annales de la science comme un exemple frappant de la carie scrofuleuse guérie par nos bains sodo-bromurés ; ils sont la preuve la plus manifeste de l'efficacité de ce traitement et de la promptitude avec laquelle il modifie la constitution des malades atteints de diathèse strumeuse, ainsi que les lésions extérieures qui en sont la suite, comme le ruisseau émane de sa source.

Heureux d'avoir coopéré à ces deux cures vraiment extraordinaires, je demande quel autre agent de la nature ou tiré de la pharmacie aurait pu produire une régénération semblable dans une constitution aussi profondément viciée par le lymphatisme, ainsi que la guérison d'accidents consécutifs d'une aussi grande gravité. Si ces deux faits étaient les seuls où nos eaux ont amené des résultats aussi étonnants, on pourrait m'accuser d'en rendre compte sous l'empire d'un enthousiasme peu raisonné ; mais il me serait facile de rapporter d'autres cas de ce genre non moins dignes d'intérêt : tel est celui d'une jeune personne du canton de Vaud, M^lle^ Evodie J... Elle est sur le point de quitter l'établissement de bains minéraux de M. Bilon, à Salins. Elle y fut apportée pendant l'automne de 1851 sur les bras de ses parents, et dans un état de marasme avec fièvre continue

causée par le gonflement inflammatoire et la carie de l'extrémité spongieuse et inférieure du tibia droit ; deux fistules établies à la partie interne de cette région de la jambe donnaient issue à des fragments osseux. Cette extrémité était entièrement atrophiée depuis longtemps. Il y avait ankylose et déplacement de dedans en dehors des surfaces articulaires tibio-tarsiennes ; des stigmates sous-maxillaires révélaient l'ancienne origine de la diathèse lymphatique. Maintenant on n'observe que très-peu de difformité et d'ankylose dans le pied malade ; cette jeune fille marche sans bâton en appuyant la plante du pied sur le sol, après deux saisons de bains, dont la minéralisation a été portée depuis le 1/15 jusqu'aux 2/3 d'eaux-mères et durant deux années. Cette jeune fille sera rendue, pleine de santé, avec de l'embonpoint et de la fraîcheur dans le teint, à sa famille qui désespérait de sa guérison.

Mais si nos eaux minérales guérissent d'une manière si efficace les affections du système osseux produites par la viciation de la lymphe, à plus forte raison elles deviennent un puissant moyen de curation lorsqu'il s'agit de traiter la plupart des dartres humides, formes variées qui trahissent au dehors la diathèse scrofuleuse. Au groupe des dartres fluentes, il faut joindre dans le même bénéfice de traitement, l'ecthyma, les acnés, les affections prurigineuses de la peau ; et comme on a prétendu dans ces derniers temps que ces eaux salines, loin de guérir le prurigo, le convertissaient en eczéma, les faits à la main, je me fais fort de relever cette erreur. Si les limites qui me sont imposées par la nature de cette communication me le permettaient, il me serait facile de citer de nombreuses observations témoignant des propriétés curatives qui ont été injustement contestées à nos sources salées.

GERMAIN, D. M.
à Salins (Jura).

## BIBLIOGRAPHIE.

*Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie* — Recherches cliniques sur l'application de cette médication au traitement des congestions chroniques du foie, de la rate, de l'utérus, des poumons et du cœur, des névralgies et des rhumatismes musculaires, de la chlorose et de l'anémie, etc., etc. ; par Louis FLEURY, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue-sous-Meudon, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc., un volume in-8° de 568 pages. Paris, 1852, chez Labé.

Le livre remarquable de M. Fleury aura rendu, à notre avis, un grand

service à l'hydrothérapie. Jusqu'ici reléguée sur un second plan comme une médication extrême, comme une dernière ressource qu'il n'est permis d'employer qu'après avoir épuisé toutes les autres et en présence d'un danger qui autorise toutes les tentatives, abandonnée aux mains d'hommes trop souvent ignorants ou cupides, l'hydrothérapie avait pu, par des succès incontestables, se créer violemment une place dans la thérapeutique; mais elle portait, aux yeux des médecins, un cachet d'empirisme, de systématisme aveugle et exclusif qui devait arrêter longtemps les praticiens sur le seuil d'une médication dont les effets, l'opportunité, les valeurs et les dangers étaient encore pour eux un objet de doute et d'incertitude. Eh bien! M. Fleury est venu montrer, et c'est à nos yeux un service véritable qu'il a rendu, à la fois, à la médecine et à l'hydrothérapie, que cette dernière, loin d'être en opposition avec les grands principes de la thérapeutique, se place, par son action directe et énergique sur la circulation capillaire et l'innervation générale, et par les modifications profondes qu'elle apporte à la calorification, à l'absorption, aux sécrétions et à la nutrition, se place, disons-nous, à la tête de la physiologie curative, c'est-à-dire, des méthodes thérapeutiques qui, pour maintenir ou établir l'état organique et fonctionnel qui constitue la santé, s'adressent à des agents dont l'action est plus puissante et mieux déterminée que celle de beaucoup d'agents médicamenteux, c'est-à-dire aux fonctions elles-mêmes de l'organisme.

On sait que la médication hydrothérapique, telle qu'elle a été instituée et appliquée par Priesnitz et par ses adeptes, constitue un traitement fort complexe, une espèce de formule systématique appliquée, avec peu ou point de modification, à presque toutes les maladies. M. Fleury a brisé cet assemblage d'éléments hétérogènes, a dissocié ces modificateurs distincts, dont la réunion était trop souvent nuisible ou au moins inutile, et faisant la part du régime alimentaire, de l'exercice, de l'eau froide à l'intérieur, de la sudation, de l'eau froide à l'extérieur, il a pu montrer que chacun d'eux répond à des indications spéciales, et que si, dans quelques cas, on doit maintenir la réunion de ces modificateurs, le plus ordinairement il faut les disjoindre et les associer entre eux de diverses manières, en rapport avec les indications que présente chaque cas pathologique. C'est donc avec raison que M. Fleury a pu dire que, en rationalisant l'hydrothérapie, il en avait fait une nouvelle méthode; qu'il avait créé une hydrothérapie nouvelle, en rapport avec les doctrines scientifiques de notre temps.

Le défaut d'espace nous empêche de suivre notre savant confrère dans l'étude particulière, isolée de chacun des modificateurs hydrothé-

rapiques. Qu'il nous suffise de dire que l'expérience l'a conduit à réduire beaucoup l'importance et les applications de l'eau froide à l'intérieur et de la sudation. L'administration interne de l'eau froide à hautes doses, dit M. Fleury, n'est point, comme on le pense généralement, partie intégrante et nécessaire de la médication hydrothérapique rationnellement appliquée ; elle n'en est que l'un des agents, et c'est au médecin qu'il appartient de décider dans quelles limites cet agent doit intervenir dans le traitement de chaque malade. La sudation, à laquelle M. Fleury a apporté une importante modification, en substituant le bain de vapeur sèche à l'enveloppement, constitue sans doute un modificateur très-énergique et extrêmement précieux, mais qui doit être appliqué avec intelligence et réserve pour en retirer des avantages. Très-utile dans les cas où il s'agit de rétablir les fonctions abolies ou perverties de la peau, toutes les fois que celle-ci est sèche, aride, rugueuse, dans tous les cas où le médecin indique l'usage des sudorifiques et des purgatifs, elle est parfois nuisible, et plus souvent inutile.

L'eau froide seule, appliquée à l'intérieur, dit M. Fleury, est donc, à proprement parler, la base de la médication hydrothérapique. Cet agent, le plus actif de tous, est le seul dont l'emploi puisse être généralisé ; seul il peut être rationnellement appliqué à tous les cas embrassés par l'empirisme de Priesnitz. Or, l'eau froide appliquée à l'intérieur n'a que deux modes d'action possibles, tous deux puissants, mais très-différents l'un de l'autre, ou, pour mieux dire, entièrement opposés l'un à l'autre; l'un simple, n'agissant que dans un seul sens nettement déterminé, représentant l'effet réfrigérant, sédatif, antiphlogistique, astringent de l'eau froide; l'autre complexe, ayant des influences multiples, s'exerçant sur la plupart des fonctions de l'économie, représentant l'effet excitant de l'eau froide. C'est autour de ces deux modes d'action principaux de l'eau froide que M. Fleury fait converger les médications nombreuses dans lesquelles peuvent se résoudre, suivant lui, les effets thérapeutiques de l'hydrothérapie. A l'action réfrigérante de l'eau froide, il rattache les médications antiphlogistique, hémostatique, sédative et hyposthénisante; à l'action excitante, les médications reconstitutive et tonique, excitatrice, révulsive, résolutive, sudorifique, altérante, dépurative, antipériodique, prophylactique ou hygiénique; enfin, l'association de plusieurs de ces médications offre au médecin, suivant M. Fleury, des ressources précieuses dans un grand nombre de cas pathologiques rebelles à tous les agents de la matière médicale et de l'hygiène.

Il nous resterait à passer en revue chacune de ces médications, à signaler ce qui distingue chacune d'elles et quelles limites on peut assi-

gner à leur puissance respective. M. Fleury a éclairé et appuyé toutes ses assertions par des observations bien choisies et pleines d'intérêt, qui nous rendraient cette tâche facile ; mais il nous a semblé qu'il y avait quelque chose de plus utile à faire, c'était, acceptant les résultats de M. Fleury comme la représentation exacte de ce que l'hydrothérapie ouvre aujourd'hui de ressources à la médecine, de faire avec le livre de notre savant confrère le bilan de cette méthode thérapeutique ; de déduire de la lecture attentive des observations et des résultats de M. Fleury ce qu'on peut attendre actuellement de cette méthode, ses indications et ses contre-indications ; de faire enfin ce que notre savant collaborateur, M. Valleix, a tenté, il y a quelques années, avec les documents si incomplets dont la médecine disposait à cette époque. Nous aurons, sans doute, à rectifier quelque chose à ce qui représentait, suivant nous, l'opinion que les hommes impartiaux devaient se faire de l'hydrothérapie ; mais nous réclamerons comme un honneur pour notre journal d'avoir compris dès l'abord ce qu'il y avait de ressources et de puissance dans cette nouvelle méthode thérapeutique.

Cette revue des ressources que peut fournir l'hydrothérapie à la thérapeutique nous sera une occasion nouvelle de rendre aux consciencieux et savants travaux de M. Fleury toute la justice qu'ils méritent, de payer un ample tribut d'éloges à un livre qui, en faisant tomber bien des préjugés, est destiné à populariser une méthode thérapeutique efficace et puissante, à la rendre accessible à tous. Mais, dès aujourd'hui, nous nous plaisons à reconnaître que si, sous le rapport du fond, ce livre est un ouvrage entièrement neuf, riche en aperçus ingénieux et empreint d'un esprit véritablement médical, la forme offre un attrait et un charme auxquels les ouvrages de médecine ne nous ont guère habitués.

Nous n'hésitons donc pas à assurer au livre de M. Fleury un grand et légitime succès.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

*Quelques remarques sur la valeur des ventouses sèches vésicantes.* — C'est parce que nous sommes convaincu des avantages que la thérapeutique peut retirer de l'emploi des ventouses sèches vésicantes, que nous tenons à les défendre contre les exagérations dont elles ont été l'objet. Prétendre guérir avec ces ventouses toutes les maladies nerveuses, c'est évidemment s'exposer à soulever l'incrédulité générale, à discréditer, par conséquent, la méthode que l'on veut établir. Nous n'avons pas besoin de dire que notre pensée n'a rien de commun avec de

pareilles exagérations ; nous voudrions cependant que les médecins ne perdissent pas de vue les quelques avantages qu'offre ce mode particulier d'application des ventouses.

On sait en quoi consistent les ventouses sèches vésicantes. Ce sont, ni plus ni moins, des ventouses sèches qu'on laisse en place jusqu'à ce qu'il se soit produit, sous le verre, de petites vésicules, et même des ampoules qui rappellent celles des brûlures ou des vésicatoires. Ces ventouses occasionnent, surtout dans le dernier quart d'heure ou dans la dernière demi-heure, des douleurs tellement vives que certains malades, et les femmes surtout, ont peine à les supporter ; mais, les verres enlevés, la douleur cesse à peu près complétement. Les vésicules ou les ampoules, remplies d'une sérosité citrine ou sanguinolente, se déchirent bientôt au contact des vêtements et des corps extérieurs, se vident et s'affaissent ; un épiderme nouveau se reforme, une desquamation s'opère à leur surface, et après un temps variable la peau a repris ses caractères habituels, sans que les ventouses aient laissé de cicatrice.

Du mode d'application de ces ventouses et des résultats physiques qu'elles produisent, on pourrait, en quelque sorte, déduire les effets thérapeutiques qui leur sont propres. Les ventouses sèches vésicantes constituent, suivant qu'elles sont appliquées ou en très-grand ou en petit nombre, sur les parties malades ou à une certaine distance de ces parties, un moyen dérivatif ou congestif des plus puissants. Pour ramener les règles, par exemple, nous connaissons peu de moyens aussi efficaces que l'applicatinn de ces ventouses répétées plusieurs jours de suite sur la partie supérieure des cuisses et le bas-ventre. S'agit-il, au contraire, de règles très-abondantes, l'application de ces ventouses faite sur la poitrine et au voisinage des seins, comme le faisaient les anciens, en restreint naturellement l'abondance, bien qu'elle n'arrête pas complétement l'hémorrhagie. S'agit-il de douleurs vives sur un point quelconque du corps, l'application de quatre à six ventouses sèches vésicantes suffit le plus ordinairement pour en triompher ; nous avons vu, par exemple, les douleurs de tête causées par un ramollissement cérébral suspendues et enlevées pendant plusieurs jours, à la suite d'une application de ce genre. Mais ce qui nous a surtout frappé dans l'emploi de ces ventouses, c'est que participant à la fois, par leurs effets, des vésicatoires et des ventouses scarifiées, elles rendent aux malades de véritables services, en leur épargnant les douleurs causées par les premiers et la perte de sang qu'entraînent les secondes. Nous avons pu apprécier les bons effets de ces ventouses chez nombre d'anémiques, de chlorotiques, dans le cours d'affections qui s'accompagnent

d'une détérioration profonde de l'organisation, dans la maladie de Bright, dans les hydropisies, dans les maladies du cœur, autrement dit dans les maladies où les déperditions séreuses ou sanguines ont les plus grands inconvénients. A ce dernier titre seulement, et on a pu voir qu'il y en a d'autres, les ventouses sèches vésicantes seraient de nature à figurer souvent dans la thérapeutique usuelle ; et nous sommes convaincu que ceux de nos confrères qui les emploieront ne trouveront pas exagérés les éloges que nous leur accordons.

---

# RÉPERTOIRE MÉDICAL.

---

**BRONCHITE** et **TRACHÉO-BRONCHITE** (*Sur l'opportunité du lichen amer dans une forme de*). On sait que le lichen, après avoir joui d'une énorme réputation dans le traitement des affections aiguës ou chroniques du poumon, est aujourd'hui très peu employé, si ce n'est en gelée, et dépouillé par conséquent du principe amer auquel il doit son activité réelle. Si, toutefois, la décoction amère de lichen joue un rôle aussi peu important dans la thérapeutique actuelle des maladies de poitrine, on peut certainement se demander si cela n'est pas dû à l'absence d'indications précises qui guident les médecins à cet égard. M. le docteur Clertan, de Dijon, signale l'absence de toute douleur et de fièvre dans les affections des voies respiratoires de forme catarrhale, comme pouvant fournir une indication précieuse. Ce n'est pas cependant que le lichen amer réussisse dans toutes ces affections sans exception, même en l'absence de douleur et de fièvre; c'est seulement, suivant lui, dans les bronchites ayant pour caractère une toux opiniâtre, provoquée par une titillation trachéale incessante, avec rejet de mucosités visqueuses, le plus souvent transparentes, sans fièvre, sans aucune douleur sternale ou costale; bronchites s'établissant sous l'influence du froid humide, ou persistant le plus souvent après un catarrhe pulmonaire simple et durant plusieurs mois, résistant à tous les traitements. L'on voit quelques verrées de décoction de lichen amer faire cesser immédiatement, c'est-à-dire en moins de vingt-quatre heures, la toux, l'expectoration, l'anorexie, la faiblesse, et rendre en moins de huit jours les malades à une santé parfaite. Mais s'il existe, quelle que soit d'ailleurs la forme catarrhale, une douleur ou une sécheresse pénible dans un point du larynx, à la région sternale, avec expectoration opaque ou transparente, il suffit de deux verres de décoction pour diminuer considérablement la douleur, faciliter l'expectoration devenue tout aussitôt plus rare et moins déchirante. (*Journal des Connaiss. méd. prat.*, août.)

---

**CANCER** (*Nouveaux faits à l'appui de l'emploi de la salsepareille dans le traitement du*). Aux faits intéressants que nous avons consignés, il y a quelque temps, dans ce journal, d'après M. Foltz, nous ajouterons les deux suivants que vient de publier M. Lériche (de Lyon). Le premier de ces faits est relatif à une femme de soixante-trois ans, qui portait dans le sein gauche une tumeur du volume du poing, ulcérée, accompagnée de douleurs exacerbantes continuelles. La tumeur était située sur la partie latérale interne du mamelon, qui lui-même était comme effacé, et offrait un sillon profond qui semblait s'unir à la tumeur ; sa couleur générale était violacée ; l'ulcère était assez largement ouvert pour y loger la pulpe des quatre derniers doigts ; les bords étaient convexes, déchirés et saignants; il s'en découlait un ichor très-abondant, d'une odeur repoussante; le fond de la plaie était d'un gris ardoise. Autre tumeur du volume du pouce dans le creux de l'aisselle, peu douloureuse au toucher. Teint pâle, altéré par la douleur; appétit presque nul, sommeil

à peu près perdu; forces épuisées. La tumeur du sein avait commencé à paraître deux ans auparavant, depuis cinq mois seulement elle était ulcérée. Immédiatement la malade fut mise à l'usage de la tisane de salsepareille, un litre par jour, préparé avec 45 gram. de cette racine réduite en poudre, et 15 gram. de racine de réglisse ; pansement de la plaie avec un plumasseau de charpie trempé dans la solution de sulfate d'alumine; matin et soir une pilule contenant 5 centigr. d'extrait de ciguë; bonne nourriture. Les pilules de ciguë, faisant mal à l'estomac, furent remplacées quinze jours après par des granules du conicine, qui ne furent pas mieux supportés.

Un mois après le commencement du traitement, il semblait que l'état général se fût amélioré; appétit meilleur, face moins jaune, nuits moins mauvaises, ulcère toujours douloureux, fournissant une sanie toujours abondante et d'une odeur repoussante. Deux mois et demi après, mieux évident au point de vue général. Les forces étaient revenues; appétit, sommeil moins pénible; tumeur moins douloureuse, ichor moins abondant; la glande de l'aisselle avait presque disparu et n'était plus douloureuse au toucher. M. Leriche pensa que le moment était venu de songer à modifier l'ulcère de manière à arriver à en faire une plaie simple; en conséquence, une couche de pâte de Vienne fut appliquée sur toute la surface de la plaie, et laissée en place pendant quinze minutes; puis un tampon de charpie imbibé d'une solution de sulfate d'alumine fut placé sur la plaie, et ce pansement renouvelé toutes les vingt-quatre heures. Continuer l'usage de la salsepareille. Huit jours après cette application, l'escarre était tombée et offrait une plaie grisâtre dont la partie supérieure était toujours saignante au moindre contact. Nouvelle application de caustique huit jours après. Quinze autres jours après, la plaie avait diminué de beaucoup en diamètre, l'odeur de sanie était presque nulle, les bords de la plaie tendaient à se rapprocher, la tumeur avait diminué d'une manière très-manifeste; la couleur était d'un rouge assez vif; au fond on voyait des bourgeons charnus d'une bonne nature; la malade reprenait espérance. Nouvelle application de pâte de Vienne, en ayant soin d'épargner les bourgeons charnus; même traitement. Après quatre mois, les forces étaient pleinement revenues; la plaie, d'une couleur vermeille, n'avait plus qu'un diamètre d'environ un centimètre; la peau voisine était revenue à son état normal, blanche et souple; pas de dureté dans l'aisselle ni dans ce qui restait de la plaie à cicatriser. L'usage de la salsepareille fut continué à dose décroissante, la plaie pansée avec le vin aromatique. Après un peu plus de cinq mois, la plaie était réduite à presque rien, son fond presque au niveau de la peau même; on suspendit tout traitement interne, la cicatrisation ne s'en opéra pas moins, et après six mois de traitement, la santé était parfaite.

Dans le second cas, c'était un ulcère rongeant de l'aile gauche du nez et d'une partie de la joue du même côté. Cet ulcère avait commencé cinq ans auparavant par un petit bouton, qui avait peu à peu augmenté de volume et s'était ulcéré. Lorsque M. Leriche lui donna ses soins, indépendamment de cet ulcère, qui avait détruit toute la partie gauche du nez, depuis la racine jusqu'au lobe, mis à nu les cartilages du nez et les cornets inférieurs, détruit une petite portion de la paupière inférieure, de même qu'une portion des téguments qui recouvrent l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur, ulcère à bords frangés et grisâtres, fournissant un ichor assez abondant et d'une odeur particulière, cet homme était amaigri et avait le moral affecté. Après deux mois environ de l'usage de la tisane de salsepareille, qu'il prenait encore assez inexactement, les douleurs étaient moindres, l'appétit meilleur; malgré l'application sur la plaie d'un plumasseau de charpie imbibé d'une solution de sulfate d'alumine, celle-ci ne présentait aucun changement. M. Leriche administra l'acide arsénieux, à la dose de 0,001, matin et soir. Le mieux se sentit, et la dose d'arsenic fut portée à 0,003 par jour. L'ulcère allait mieux, cependant le fond en était grisâtre. M. Leriche fit une cautérisation avec la pâte de Vienne, qui modifia favorablement la plaie. Une nouvelle cautérisation réussit encore mieux. Après quatre mois et demi, tout l'ulcère était de couleur vermeille; plusieurs points étaient cicatrisés; les douleurs avaient presque entièrement dispa-

ru, à l'exception du bout du nez. Une nouvelle cautérisation et des pansements avec le vin aromatique achevèrent la guérison qui nécessita six mois environ. — Nous appelons l'attention sur ces deux faits, non pas que l'on puisse rattacher exclusivement la guérison à l'emploi de la salsepareille, les cautérisations y ont certainement contribué pour une bonne part, mais parce que des faits de guérison semblables à ceux qui précèdent sont bien de nature à empêcher les médecins de désespérer des ressources de la thérapeutique dans les affections cancéreuses, même arrivées à une période assez avancée de leur cours. (*Union méd.*, août.)

**CHLORO - ANÉMIE** *mercurielle, rapidement guérie par le fer.* On sait que les émanations mercurielles et saturnines ont pour résultat de produire une espèce de cachexie ou chloro-anémie dont on peut voir, et dont on voyait surtout autrefois, beaucoup d'exemples chez les ouvriers employés aux fabriques où l'on étame avec le mercure, ou dans celles où l'on emploie le plomb, et surtout dans les fabriques de céruse. Les bons effets des ferrugineux dans la cachexie saturnine ne sont peut-être pas assez connus, de même que ceux de ce précieux médicament dans la cachexie mercurielle. C'est pour cette raison que nous citons aujourd'hui le fait rapporté par M. Passot, relatif à un homme de trente-huit ans, employé à étamer les glaces, qui se présenta à ce médecin dans l'état suivant : pâleur extrême de la face et décoloration complète des muqueuses, regard éteint, pouls petit, précipité, soif très-vive, anorexie, palpitations, dyspnée, douleurs nerveuses à la tête, à l'estomac, œdème très-prononcé des extrémités inférieures, et faiblesse générale; bruit de souffle à double courant dans les vaisseaux du cou ; du reste, pas d'engorgement des gencives ni de salivation, pas d'aphthes ni d'ulcérations buccales, ni de tremblement nerveux, pas même de saveur métallique. Prescription : 1° tartrate ferrico-potassique, 10 gram.; sirop de sucre 400 gram.; eau de cannelle, 10 gram ; une cuillerée à soupe chaque jour à déjeuner et à dîner ;— 2° eau de Spa, coupée avec du vin, pour boisson aux repas ; — 3° régime fortifiant, consistant principalement dans l'usage des consommés, des viandes grillées ou rôties, et des œufs; 4° la campagne. Dès le second jour de ce traitement, le malade voyait déjà l'appétit renaître et la digestion s'opérer. Au bout de la première huitaine, son état s'était beaucoup amendé. Enfin, après un mois de traitement, il ne restait rien de tout ce cortége de symptômes causés par l'intoxication hydrargyrique : ainsi, les membranes muqueuses, la face, le système cutané et les ongles avaient repris leur teinte rosée ; les fonctions digestives s'exécutaient parfaitement, la soif ardente qui dévorait le malade, l'œdème des extrémités, l'anhélation, les bruits vasculaires et les troubles nerveux avaient disparu ; enfin, le malade avait recouvré sa force physique et morale. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

**FIÈVRES INTERMITTENTES** (*De la valeur de quelques moyens nouveaux proposés comme succédanés du sulfate de quinine pour le traitement des), et en particulier de l'apiol.* On se rappelle, sans doute, que la Société de pharmacie de Paris, préoccupée, à juste titre, du prix toujours croissant du sulfate de quinine, et voulant, d'autre part, imprimer une direction nouvelle aux travaux des jeunes chimistes, proposa, au mois de novembre 1849, un prix de 4,000 fr. pour celui qui découvrirait le moyen de préparer artificiellement la quinine, ou du moins un produit organique nouveau, naturel ou artificiel, ayant des propriétés thérapeutiques équivalentes à celles de la quinine, et pouvant être mis commercialement en concurrence avec elle; prix qui fut doublé par le ministre de la guerre. Au milieu des nombreux mémoires qu'elle a reçus, la Société de pharmacie en a distingué deux, non pas qu'ils eussent résolu le problème de la fabrication artificielle de la quinine, mais parce qu'ils arrivaient avec des faits assez nombreux à l'appui de deux moyens, la colophane modifiée, poudre résineuse obtenue d'une façon particulière, en traitant la résine de pin par l'acide nitrique, et l'apiol, produit liquide nouveau, extrait par un procédé particulier d'une des plantes les plus communes et les plus usuelles, le persil. Les expériences qui ont été faites avec ces deux moyens ont d'autant plus d'importance et de

certitude, qu'elles ont été entreprises dans des endroits où les fièvres règnent avec une grande intensité, en Corse, en Italie, à Perpignan, à Rochefort, et dans des conditions qui permettent d'ajouter foi pleine et entière à leurs résultats.

La colophane modifiée peut être considérée comme ayant complétement échoué. Quelques succès obtenus à l'aide de cette substance, tant à Paris que dans le département de l'Aisne, avaient fait espérer un moment qu'on pourrait en retirer de bons effets; mais les observations consignées dans les rapports officiels ne laissent pas le moindre doute sur son peu d'efficacité. Sur 17 malades auxquels on l'a administrée dans les hôpitaux militaires, elle n'a présenté que deux cas de guérison, et encore, sur ces deux malades, un a été pris de rechute huit jours après. A Rochefort, un seul malade sur 8 a pu être guéri, malgré le soin et la persévérance apportés dans l'administration du remède; tandis qu'il a suffi en général d'une dose ordinaire de sulfate de quinine pour réduire les fièvres les plus rebelles.

L'apiol, qui arrivait avec un cortége d'observations encore plus favorables, 157 cas de guérison sur 164 cas, n'a pas été beaucoup plus heureux sur ce terrain, véritablement difficile. Sur 36 malades, 15 ont guéri, ou 42 pour 100; et encore sur les 9 malades guéris dans les hôpitaux militaires, il y a eu 4 rechutes après huit et quinze jours de traitement, rechutes dont l'apiol n'a pas pu triompher. Médiocrement efficace dans les fièvres quotidiennes, 9 succès sur 17, et dans les fièvres tierces, 5 succès sur 11, il a complétement échoué contre 7 fièvres quartes. L'apiol s'est montré en outre sans aucune action sur l'engorgement splénique. Or, le sulfate de quinine, indépendamment de son action si connue sur la rate, possède, même dans les pays où la fièvre est le mieux établie, à Rome par exemple, une efficacité si marquée, que, sur 100 malades, 88 ont leur fièvre coupée, soit immédiatement, soit après un seul accès, et 12 seulement ont deux ou plusieurs accès après le traitement quinique. Ajoutons que l'apiol, dans les conditions de température ordinaire, est liquide et doué d'une saveur âcre tellement forte et persistante, que la seule forme sous laquelle on puisse l'administrer est celle de capsules que l'on prépare en y enfermant le liquide lui même dans de petites enveloppes gélatineuses; que le volume qu'on est obligé de donner à ces capsules présente, pour certaines personnes, un obstacle sérieux à leur ingestion, et que, dans quelques cas, où les tentatives faites pour surmonter cette difficulté les ont brisées, la saveur âcre et brûlante du liquide a excité un dégoût dont il n'a plus été possible de triompher. Enfin, en dehors de son action fébrifuge, l'apiol a des effets physiologiques très-marqués: chaleur épigastrique et éructations, dans quelques cas même, vomissements et troubles de toutes les fonctions digestives, avec coliques; mais ce qui a surtout frappé les observateurs, c'est l'espèce d'ivresse qui s'est manifestée chez trois malades, et à laquelle ils ont donné le nom d'ivresse apiolique. — En voilà assez pour faire conclure que le problème de la substitution d'un fébrifuge au sulfate de quinine n'est pas encore résolu, et que l'apiol, qui possède cependant des propriétés fébrifuges réelles, quoique infiniment moins marquées que celles de ce dernier, ne saurait être considéré comme pouvant remplacer ce médicament, même pour les fièvres les plus simples et les plus bénignes, contre lesquelles nous possédons beaucoup d'autres moyens, au moins aussi efficaces, et présentant moins d'inconvénients. (*Journal de pharmacie et de chimie*, août.)

---

**HÉMOSTATIQUE** (*Emploi de l'éther sulfurique comme*). M. Gintrac fils a communiqué, il y a quelque temps, à la Société de médecine de Bordeaux, l'observation qu'il a faite de l'action hémostatique de l'éther, dans deux cas d'hémorrhagie nasale grave, chez des sujets atteints de scarlatine. Dans un troisième cas, où un écoulement de sang avait lieu par des piqûres de sangsues chez un enfant de dix ans, M. Boisseuil a pu faire la même observation. Après avoir employé tous les moyens hémostatiques ordinaires, et notamment la cautérisation avec le nitrate d'argent, il eut recours à l'application d'une bandelette de coton imbibée d'éther, et aussitôt l'hémorrhagie s'arrêta. Telle est la simplicité d'un pareil moyen et telle est la facilité avec laquelle on peut se le

procurer presque partout, que nous le croyons appelé à prendre une place dans la pratique, si du moins les premiers résultats sont confirmés par l'expérience ultérieure. (*Journal de méd. de Bordeaux.*)

**IODURE DE SODIUM** (*Emploi de l'*) *dans le traitement curatif de la syphilis constitutionnelle.* Telle est l'efficacité constante et presque absolue de l'iodure de potassium, que l'on se demande s'il peut être utile de chercher à lui substituer un autre iodure, fût-ce même l'iodure de sodium, qui présente avec lui de si frappantes analogies. Néanmoins, les faits rapportés par M. O. Gamberini, médecin adjoint de l'hôpital Sainte-Ursule, de Bologne, sont de nature à fixer l'attention des médecins : 114 sujets syphilitiques ont été traités par lui avec l'iodure de sodium, 12 affectés d'accidents vénériens constitutionnels dits secondaires et tertiaires, 102 atteints de syphilis dite tertiaire, dont 17 chez lesquels les mercuriaux avaient été déjà employés. Des 12 malades qui font l'objet de la première catégorie, 8 guérisons par l'iodure de potassium seul, après un mois de traitement environ; la plus petite quantité de cet agent employée fut de 12 gram, la plus élevée de 180 gram., la moyenne de 60 à 90 gram. Chez les 4 autres sujets, on fut obligé de recourir aux frictions mercurielles pour détruire les derniers vestiges du poison vénérien, qui consistaient en des symptômes dits secondaires, tandis que les tertiaires s'étaient dissipés. Les 17 malades déjà traités par le mercure furent guéris par l'iodure de sodium, dont la dose inférieure fut de 12 gram., la plus élevée de 180, la moyenne de 30 à 60. Quant aux 85 sujets chez lesquels on a employé exclusivement l'iodure de sodium pour le traitement des douleurs ostéocopes, la dose inférieure qu'on administra fut de 4 à 8 gram., la plus élevée de 240 à 360, la moyenne de 60 à 120; la même quantité fut à peu près nécessaire pour guérir les douleurs rhumatoïdes de l'arthralgie.

Ce qui distingue l'iodure de sodium, d'après M. Gamberini, c'est d'abord qu'il est moins désagréable au goût, partant qu'il est plus facilement toléré que l'iodure de potassium. Il est rare qu'il occasionne des souffrances du côté de l'estomac, l'éruption iodique, la salivation et d'autres accidents du côté de la bouche; mais ce que ce sel présente de plus remarquable, c'est que M. Gamberini l'a vu guérir rapidement des malades qui n'arrivaient pas ou qui marchaient très-lentement vers la guérison tant qu'ils étaient traités par l'iodure de potassium. Aussi ce médecin l'a-t-il substitué partout à l'iodure de potassium, non-seulement pour l'usage intérieur, mais encore pour l'usage externe, sous forme de pommade, dans la proportion de 4 à 8 gram. pour 30 gram. d'axonge. A l'intérieur, la première dose quotidienne peut être de 1 gram. 25 dans 100 gram. d'eau distillée, en augmentant de 25 centigr. par jour, jusqu'à ce qu'on arrive à donner 8 gram. (*Bull. delle scienze mediche*, avril.)

**MALADIES DE LA PEAU** (*Emploi topique de la solution de gutta-percha dans le chloroforme contre les*). Il y a quelques mois à peine, nous signalions les bons effets des applications de collodion dans le traitement de quelques maladies de la peau. Les faits que nous avons à communiquer à nos lecteurs se rapprochent, à beaucoup d'égards, de ceux que nous avons publiés à cette époque. C'est toujours, en effet, un enduit placé sur la peau, exerçant sur elle une certaine compression et la mettant à l'abri du contact de l'air. Il reste seulement à savoir si la solution de gutta percha dans le chloroforme l'emporte sur le collodion. Si nous nous en tenions à quelques essais que nous avons faits, avant d'avoir connaissance du mémoire de M. Robert Graves, nous ne serions pas éloigné de les mettre tous deux sur le même plan, et même d'accorder une certaine supériorité à la solution de gutta-percha, dont la transparence permet d'apercevoir mieux les parties sous-jacentes, et qui présente une assez grande flexibilité. Quoi qu'il en soit, M. Robert Graves appelle l'attention sur les bons effets que l'on peut attendre des applications de gutta-percha dans les maladies chroniques et à forme sèche de la peau, squameuses ou tuberculeuses. Dans l'impétigo, il a vu, comme nous l'avons vu nous-même pour le collodion, la maladie se modifier de la manière la plus remarquable et la plus heureuse sous cette influence. Dans

l'acné de la face également, l'application persévérante de la gutta-percha, sur chaque point qui devenait le siége d'une éruption nouvelle, a fini par triompher de cette tenace affection. Mais c'est surtout dans le psoriasis et dans la lèpre qu'il a vu les succès les plus remarquables, en ayant la précaution, néanmoins, de faire tomber les croûtes au moyen de cataplasmes ou de lotions alcalines. La condition indispensable à la guérison, dit M Graves, c'est que l'enduit protecteur reste en place pendant quelque temps et qu'on le renouvelle dès qu'il vient à se déchirer; cette dernière circonstance est même moins heureuse que la première, et c'est ce qui fait que la guérison est moins rapide pour les maladies de la peau à forme sécrétante que pour celles à forme sèche.

Comme quelques-uns de nos lecteurs seront peut-être désireux de répéter les expériences de M. Graves, nous leur dirons que c'est la solution saturée de gutta-percha dans le chloroforme qu'il faut employer, et pour cela il faut qu'il y ait toujours un peu de gutta-percha en excès au fond du vase. On l'étend sur la peau avec un pinceau ordinaire; le chloroforme s'évapore et laisse une pellicule extrêmement fine et delicate de gutta percha solidement adhérente à la peau. Nous avons toujours entendu les malades se plaindre que cet enduit les brûlait; mais cette sensation n'est pas de longue durée, et le collodion produit du reste sur les peaux fines, et surtout sur les points excoriés, une très-vive sensation de brûlure. Sur le front et sur la face, là où il n'y a pas frottement des vêtements, cet enduit peut rester intact pendant cinq ou six jours et même plus; ailleurs, il s'enlève plus rapidement, on le conçoit, et il faut par conséquent le renouveler. A la face même, au voisinage des ouvertures, l'enduit de gutta-percha se déchire du jour au lendemain, moins, cependant, que le collodion. (*Dublin quarterly Journal of med.*, août.)

---

**RHUMATISME** et **GOUTTE.** *Décoction de feuilles de frêne contre ces deux maladies.* L'écorce de frêne a été considérée par quelques auteurs comme un fébrifuge comparable au quinquina, ce que, par parenthèse, l'expérience a été loin de confirmer; d'autres auteurs reconnaissent à ses feuilles un effet purgatif, astringent, et les conseillent dans le traitement des scrofules; mais personne ne les avait recommandées dans le traitement du rhumatisme et de la goutte. C'est, du reste, à ce qu'il paraît, un remède populaire dans certains pays, puisque M. Delarue (de Bergerac), qui en signale les avantages, nous dit avoir vu ce traitement employé, sur l'instigation d'une ouvrière, chez sa propre mère, affectée d'une goutte rhumatismale chronique, permanente et presque générale. La douleur était vive, la tuméfaction considérable, les mouvements difficiles, parfois impossibles. Il n'y avait, d'ailleurs, que peu de fièvre, bien que la plupart des fonctions commençassent à s'altérer sensiblement. Toutes les tentatives propres à la guérir avaient été jusque-là infructueuses. Cette dame se mit à l'usage de la tisane de feuilles de frêne matin et soir. Dans la première quinzaine qui suivit l'emploi de ce nouveau moyen, elle se trouva beaucoup mieux; après quelques mois, elle fut guérie. Depuis cette époque, elle a continué par temps et à des intervalles de plus en plus éloignés à prendre son remède. Instruit par cette cure, M. Delarue dit avoir bien des fois, dans toute espèce de gouttes et de rhumatismes (aigus, chroniques, fixes, ambulants, vagues ou déterminés), prescrit le même moyen, le plus souvent avec une entière réussite.

C'est jusqu'à présent la feuille qui a constamment servi à ses expériences. Ramassée vers la fin de juin et convenablement séchée (elle vaut mieux sèche que verte), il la prescrit 1° en décoction, à la dose de 10 ou 20 grammes pour 200 grammes d'eau, à prendre, après l'avoir ou non sucrée et aromatisée, par tasses à thé, toutes les trois heures, ou seulement le matin à jeun, et le soir après la digestion des derniers repas, suivant l'intensité de l'affection; 2° en lavements fractionnés, au nombre de deux ou trois par jour, ayant pour base la même formule que la tisane; 3° appliquée et maintenue, pendant un temps plus ou moins long (quelques heures) sur les points douloureux, d'autres fois sur tout le corps, le visage excepté, après l'avoir préalablement fait chauffer un peu dans

une étuve quelconque. (*Journ. des Connaiss. méd.-chirurg*, août.)

---

**SCROFULES** (*Chlorure de zinc contre les*) *et le carcinome*. Les propriétés altérantes du chlorure de zinc devaient faire penser à l'employer dans les affections dans lesquelles il faut agir sur l'ensemble de la constitution, comme dans les scrofules, la syphilis et les affections cancéreuses. Effectivement, un médecin de Breslau, M. le docteur Hancke, a publié, en 1841, un travail sur l'emploi de ce médicament dans ces affections, ainsi que dans les affections herpétiques, la carie, etc. M. Verbeeck, qui en a fait usage dans les mêmes circonstances, a consigné dans les Annales médicales de la Flandre occidentale quatre observations qui sont effectivement de nature à faire concevoir des espérances de l'administration de ce médicament, au moins dans les scrofules et les affections carcinomateuses.

La première de ces observations est relative à un ouvrier, âgé de quarante-deux ans, d'une constitution cachectique, qui portait, depuis un an, des ulcères scrofuleux au dos et aux épaules. Les ulcères suppuraient tantôt plus, tantôt moins, et se fermaient même lorsque d'autres ulcères se formaient dans le voisinage des premiers. Déjà un grand nombre de moyens avaient été employés sans succès, lorsque M. Verbeeck lui prescrivit la solution de chlorure de zinc, 20 centigrammes dans 125 grammes d'eau distillée, à prendre 4 cuillerées à bouche par jour. La même solution fut appliquée sur les ulcères. Après peu de jours, le malade put déjà s'apercevoir d'une amélioration notable, qui se maintint. Le même traitement fut continué pendant trois semaines; à ce moment la guérison pouvait être considérée comme parfaite. Huit ans après, elle ne s'était pas démentie. Dans un second cas, chez une jeune fille de seize ans, de constitution scrofuleuse, affectée depuis son enfance d'ulcères au cou, qui parfois s'amélioraient, mais sans guérir jamais, chez laquelle l'huile de foie de morue et beaucoup d'autres remèdes n'avaient eu aucun résultat, M. Verbeeck prescrivit la solution de 0,10 de chlorure de zinc dans 125 grammes d'eau distillée, une cuillerée quatre fois par jour, et à l'extérieur des applications avec une solution aqueuse du même sel (0,05 pour 30 grammes d'eau). L'effet de ce traitement fut aussi avantageux que rapide En quelques jours, les ulcères montrèrent une tendance à se fermer, et l'amélioration marcha si rapidement qu'après quatre semaines la guérison pouvait être considérée comme achevée. Dans le troisième cas, engorgement strumeux très-prononcé des glandes du cou, chez une petite fille de cinq ans, faible, portant tous les signes constitutionnels de l'affection scrofuleuse, M. Verbeeck fit frictionner les tumeurs glanduleuses trois fois par jour avec 4 gr. d'un onguent composé de 180 gr. d'axonge et de 2,50 de chlorure de zinc, en même temps que la malade fut soumise à un régime approprié. Malgré une notable diminution des glandes indurées, force fut de suspendre les frictions et d'appliquer des cataplasmes émollients, la peau s'étant irritée; elles furent reprises lorsque l'irritation cutanée eut disparu. Les mêmes accidents survinrent encore plusieurs fois, ce qui obligea d'interrompre le traitement pour quelques jours. Néanmoins, après quatre semaines de l'usage de l'onguent de zinc, toute trace d'endurcissement glandulaire avait disparu. Enfin, dans un quatrième cas, chez une femme de quarante-trois ans, d'une constitution faible, cachectique, au teint jaune-paille, portant depuis plusieurs mois, au côté gauche de la pointe du nez, une tumeur arrondie, noire, rénitente, aplatie à son sommet et offrant des bords élevés, percée à son centre d'une petite ouverture par laquelle suintait une matière ichoreuse jaune brunâtre, M. Verbeeck toucha de temps en temps avec précaution l'endroit affecté avec une forte solution de muriate de zinc dans l'eau distillée, de chaque parties égales, établit un cautère au bras et prescrivit les pilules suivantes :

| | |
|---|---|
| PR. Chlorure de zinc...... | 1,50 gram. |
| Extrait de cigüe récent. | 0,75 gram. |
| Résine de gaïac........ | 10 gram. |
| Extrait de chardon bénit. | 6 gram. |

Pour 90 pilules, trois fois par jour.

En même temps diète végétale lactée, eau froide pour boisson. Au bout de peu de temps, la tumeur fut transformée en une croûte dure qui, par la suppuration sous jacente et l'action constamment répétée du caustique, ne tarda pas à être re-

poussée. La tumeur, ainsi séparée, avait la grandeur d'une petite aveline, et montra, sous le microscope, les éléments histologiques qui caractérisent le tissu cancéreux. La surface sur laquelle la tumeur avait siégé laissa voir de belles granulations; elle fut pansée avec de l'onguent simple, qui ne tarda pas à en amener la cicatrisation. Pendant très-longtemps les pilules furent encore continuées; néanmoins, cinq mois plus tard, la même femme vint encore réclamer des soins pour le même mal. Des douleurs lancinantes s'étaient de nouveau fait sentir dans la tête et le nez, et une nouvelle tumeur, comme un gros pois, occupait le siége de celle antérieurement détruite. Le même traitement fut suivi d'un succès non moins remarquable; car en dix jours la tumeur fut expulsée et laissa une surface saine que l'on continua à toucher pendant quelque temps avec la solution de chlorure de zinc. La plaie se ferma bientôt, sans laisser de cicatrice trop apparente. Sept ans après, cette femme jouissait encore d'une santé parfaite.

Le chlorure de zinc, ajoute M. Verbeeck, convenablement administré, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, ne donne lieu à aucun accident. Loin d'entraver les digestions, il semble, au contraire, les favoriser, tout en ne troublant pas les sécrétions physiologiques. A part une augmentation d'urine, rien ne dénote, ni à la peau, ni à la muqueuse intestinale, que les organes glandulaires sécrètent d'une manière exagérée sous son influence. Son usage interne n'occasionne, du reste, ni sensation de douleur ou de brûlure, ni trouble dans les organes de la poitrine ou du ventre. La dose du médicament a été élevée jusqu'à 0,40 dans les vingt-quatre heures, sans aucun inconvénient; mais des doses plus élevées donnèrent lieu à un goût métallique, caractéristique, qui a été considéré comme un signe indiquant le moment de suspendre le remède ou d'en diminuer les doses. L'action topique du chlorure de zinc est en rapport avec le degré de concentration auquel il est appliqué : très-concentré, cet agent chimique agit comme un caustique énergique; à dose moindre, c'est-à-dire plus dilué, il devient calmant, excitant, résolutif.

Le chlorure de zinc peut être employé à l'intérieur en pilules, ou dissous dans l'eau distillée; à l'extérieur, on peut l'appliquer également en dissolution ou sous forme d'onguent, mêlé à de l'axonge, ou bien comme caustique à l'état sec et pur. Quelques précautions diététiques sont nécessaires pendant son administration tant interne qu'externe; elles se résument dans l'abstention d'aliments indigestes, de boissons excitantes, d'émotions morales, etc. Un large usage d'eau froide paraît, au contraire, favoriser son action.

---

**SURDITÉ** (*Emploi de la créosote contre la*). M. Harrison Curtis conseille, dans la Lancette anglaise, l'emploi de la créosote contre la surdité qui a pour cause le défaut de sécrétion des glandes cérumineuses, espèce de surdité qui est, selon lui, la plus ordinaire. Avant tout, il procède au nettoyage du conduit auditif. Il se sert généralement, à cet effet, d'une préparation composée de 250 gramm. de fiel de bœuf et de 4 grammes de teinture de castoréum ou de musc. Il en imprègne un peu de coton, qu'il place le soir dans le méat auditif, pour ramollir le cérumen endurci. Le lendemain matin, il seringue l'oreille avec de l'eau chaude, additionnée de 30 grammes de liniment de savon et d'un peu d'eau de Cologne. Quand le nettoyage est bien fait, il passe alors à l'emploi de la créosote dissoute dans l'huile d'amandes douces, afin de stimuler l'action des glandes cérumineuses. Voici sa formule :

| | |
|---|---|
| Pr. Créosote......... | 4 grammes. |
| Huile d'amandes douces........ | 16 grammes. |

On fait entrer, matin et soir, une petite quantité de ce mélange dans le méat auditif, avec un pinceau en blaireau; plus tard, on augmente la proportion de créosote. Quelquefois l'emploi de ce moyen ne produit d'effet qu'après qu'on a mis quelques vésicatoires derrière les oreilles. S'il y a de l'inflammation ou de la douleur, il faut s'abstenir d'employer la créosote, bien qu'elle ne produise par elle-même d'autre phénomène qu'une douce chaleur. — Tout en publiant cette pratique de M. Harrison Curtis, nous nous inscrivons contre ce que cet auteur dit de la fréquence de la surdité qui a pour cause le défaut de sécrétion des

glandes cérumineuses ; ce défaut de sécrétion est le plus ordinairement le symptôme et non la cause de la surdité. Or, dans les cas dans lesquels on veut rendre son humidité à la peau qui revêt le conduit auditif externe, nous pensons qu'il y a beaucoup moins d'inconvénients à commencer par la glycérine, substance véritablement inoffensive, sauf à revenir plus tard à la créosote, mais avec toutes les précautions que réclame l'emploi d'un agent aussi irritant. Quant au moyen de nettoyage de l'oreille donné par M. Harrison Curtis, il est certainement bien inférieur à ceux qu'a fait connaître M. Marc d'Espine, et, en particulier, à l'huile d'amandes douces, aux injections alcalines surtout, et peut-être même à la glycérine.

## VARIÉTÉS.

La discussion sur la syphilisation a été close dans la dernière séance de l'Académie, après un résumé lucide et concis de l'honorable M. Bégin, qui ne laissait plus debout la moindre objection aux conclusions proposées par la Commission. L'issue en était prévue d'avance. On peut dire même qu'elle a dépassé les prévisions par l'unanimité avec laquelle l'Académie s'est prononcée contre la méthode de la syphilisation, malgré les efforts de deux de ses membres pour entraîner quelques convictions.

Fidèle à la promesse que nous avons faite à nos lecteurs, nous voulons leur dire quelques mots de cette discussion qui laissera un souvenir dans les annales de l'Académie. S'il n'entre pas dans nos habitudes de rendre un compte détaillé et complet des séances des corps savants, on nous rendra cette justice que nous n'avons jamais laissé passer une question véritablement utile et pratique sans l'arrêter au passage pour exprimer notre opinion à son égard. Mais la syphilisation porte-t-elle bien avec elle un cachet d'utilité pratique qui doive arrêter l'attention? Le fait du docteur L..., que nous avons rapporté d'une manière assez complète, lorsqu'il s'est produit devant la Société de chirurgie, nous paraissait juger la question. Eh bien! aujourd'hui, après avoir assisté à ce brillant tournoi de paroles, après avoir entendu MM. Malgaigne et Depaul, qui n'ont pas craint de prêter à la syphilisation un appui inattendu, il nous est impossible de dire que cette prétendue méthode thérapeutique ait fait véritablement un pas et surtout un pas vers une solution favorable.

La syphilisation se présentait les mains pleines de promesses, avec une double auréole. Au dire des adeptes, elle constituait une méthode à la fois prophylactique et curative. Un avocat aussi habile que M. Malgaigne devait comprendre facilement combien il répugnait au bon sens de donner à un individu sain et bien portant une maladie, souvent très-grave, lorsqu'il était en son pouvoir de l'éviter entièrement et à jamais. N'est-ce pas, en effet, une étrange confusion que de comparer la syphilisation à la vaccine, c'est-à-dire de mettre sur le même plan une prétendue prophylaxie de la syphilis avec une prophylaxie certaine de la variole? M. Malgaigne a dû abandonner la syphilisation préventive; par sa bouche, M. Auzias-Turenne a déclaré que sa plume avait été au delà de sa pensée. Nous prenons acte de cette retraite, mais tout en faisant remarquer que l'auteur de la syphilisation ne l'a exécutée qu'après avoir mis en pratique la syphilisation sur

de malheureux jeunes gens qui n'ont guère eu à s'en louer; aussi est-ce avec juste raison que M. Ricord a dit, en modifiant le mot de M. Malgaigne: Ce n'est pas la parole, c'est la lancette qui a été au delà de la pensée.

Et maintenant que reste-t-il donc de la syphilisation ainsi abandonnée et mutilée par ses sectateurs? Une méthode de curation de la syphilis? Mais en vérité, on croit rêver quand on entend des esprits sérieux tels que MM. Malgaigne et Depaul se complaire à rapporter des faits prétendus favorables à la syphilisation curative. Est-ce que les mercuriaux et la médication iodurée ont perdu de leur efficacité, et qu'il faille avoir recours à des moyens dangereux et peu éprouvés pour triompher de la syphilis? Non, non, la médecine est toujours aussi puissante, et si puissante même que nous serions heureux de posséder contre toutes les maladies une thérapeutique aussi complète et aussi efficace. Nous eussions exprimé, en terminant, le regret d'avoir vu l'Académie consacrer tant de séances à la discussion d'une question si peu digne de son attention, si, sur la proposition faite par M. Michel Lévy, à la suite d'un discours qui a vivement impressionné l'auditoire par la justesse et l'élévation des idées autant que par l'élégance du style, l'Académie n'avait décidé que le rapport et les documents fournis par la discussion seraient envoyés au ministre de l'intérieur. Cette grave détermination arrêtera, il faut l'espérer, toute tentative de syphilisation au lieu de lui donner, comme M. le professeur Velpeau en avait manifesté la crainte, une nouvelle impulsion et de lui créer de nouveaux adeptes et de nouveaux appuis.

---

La ville de Nantes vient de répondre à la sollicitude du président de la République, en produisant un projet de bains et lavoirs publics, où les familles d'ouvriers seront admises.

---

Par décret du Président de la République du 12 août 1852, une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie vient d'être créée à Lille.

Sont nommés professeurs les médecins dont les noms suivent, savoir : — *Chimie et pharmacie* : M. Garreau, pharmacien-major à l'hôpital militaire de Lille. — *Histoire naturelle médicale et matière médicale* : M. Brigaudat, médecin de l'hôpital Saint-Sauveur, membre du jury médical du département du Nord. — *Anatomie et physiologie* : M. Fabre, médecin ordinaire de deuxième classe, ex-professeur à l'hôpital militaire de Lille. — *Clinique interne* : M. Cazeneuve, ancien professeur et médecin ordinaire de première classe à l'hôpital militaire de Lille. — *Clinique externe* : M. Parise, ancien professeur à l'hôpital militaire de Lille. — *Accouchements, maladies des femmes et des enfants* ; M. Lestiboudois (Jean-Baptiste), chirurgien à l'hôpital général de Lille.

Sont nommés professeurs adjoints : — *Pathologie interne* : M. Binaut. — *Pathologie externe* : M. Morisson.

M. Cazeneuve, professeur de clinique interne, est nommé directeur de l'Ecole; M. Chrestien, chef des travaux anatomiques.

---

On écrit de Vartorra, le 8 août : Le prince gouverneur a fait don de 500 livres de thé à la Commission de secours, pour être distribuées tous les matins aux pauvres de la capitale. Dans ces deux derniers jours, le choléra a

frappé 254 personnes, 214 sont mortes. Les gens de la campagne ont perdu courage, les récoltes sont restées dans les champs, faute de bras pour les enlever; la peur de la mort les pousse dans les bois. Les symptômes de la maladie sont terribles. Des crampes saisissent le malade, et la mort arrive quelques heures après. — A Swierczevo, colonie qui compte quelques centaines d'habitants, il n'y a plus que 10 personnes vivantes. — A Wielkavice, qui est à quelque distance, 15 personnes sont mortes en quelques heures. —A Sieradz, petite ville sur les bords de la Wartha, plus de 500 personnes sont mortes. — A Opatowko, à Blasky, Wartha, Radouu, et vers l'intérieur de la Pologne, des milliers de tombes s'ouvrent, auprès desquelles les parents et les orphelins versent des larmes.

---

Les journaux espagnols nous apprennent qu'il règne en ce moment, dans leur pays, des diarrhées et des dyssenteries épidémiques très-meurtrières, surtout chez les enfants, chez lesquels elles revêtent la forme de choléra.

---

L'Académie de médecine, dans sa séance, en comité secret, du 24 août dernier, vient de décerner le prix d'Argenteuil, se montant à 12,000 francs, à M. le docteur Reybard, de Lyon.

---

M. Fauvel, médecin sanitaire et professeur à l'Ecole de médecine de Constantinople, vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

---

M. Malle, médecin-major de première classe, connu par quelques travaux recommandables, vient de mourir à l'âge de quarante-sept ans.

---

L'Académie de médecine vient de faire une nouvelle perte dans la personne d'un de ses membres les plus anciens et les plus recommandables. M. Dizé, de la section de pharmacie, ancien professeur d'histoire naturelle à l'Ecole de pharmacie, auteur de plusieurs découvertes importantes pour les arts, est mort récemment, à l'âge de quatre-vingt-huit ans.

---

Le Congrès scientifique de France ouvrira sa dix-neuvième session à Toulouse, le 6 septembre prochain.

---

La médecine ligurienne vient de perdre un de ses plus nobles représentants, dans la personne de M. Barola, professeur de chirurgie à l'Université de Gênes.

---

L'un des plus célèbres chimistes de notre époque, Thomas Tholoden, professeur de chimie à l'université de Glasgow, est mort en Angleterre dans les premiers jours du mois dernier.

---

Le buste de Signorl vient d'être inauguré solennellement dans l'université de Padoue, dont il fut un des principaux ornements.

---

Invitation à la vingtième réunion allemande des médecins et des naturalistes, se tenant dans la ville de Wiesbaden (Nassau), du 18 au 25 septembre prochain. — La réunion des médecins et naturalistes allemands, par l'organe des membres de son bureau, soussignés, annonce qu'elle verra avec la plus grande satisfaction ses confrères français venir partager ses travaux. Ils pourront faire leurs communications respectives en langue française. — Professeur Fresenius, docteur Braun. — Local de réception, ouvert à partir du 15 septembre, James hôtel, en face le débarcadère.

---

*Le rédacteur en chef*, E. DEBOUT.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE QUELQUES CONTRE-INDICATIONS DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE ET DE LA POSSIBILITÉ DE LUI SUBSTITUER DANS CERTAINS CAS L'HUILE DE PIEDS DE BOEUF.

Des médicaments introduits récemment dans la thérapeutique, il n'en est certainement aucun qui ait justifié mieux que l'huile de foie de morue les espérances que l'on avait fondées sur son administration. A quelques exceptions près, tous les praticiens sont unanimes en sa faveur : dans tous les cas où la nutrition a souffert profondément, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, scrofules, tubercules, rhumatisme, cancer, syphilis, maladie de Bright ou toute autre affection chronique des viscères, il est rare que l'administration de l'huile de foie de morue ne rende pas des services, pourvu, bien entendu, qu'elle soit supportée et digérée. Ce n'est donc pas dans le but de recommander un médicament destiné à remplacer l'huile de foie de morue que nous revenons aujourd'hui sur l'huile de pieds de bœuf ; nous avons fait récemment notre profession de foi à cet égard ; mais il n'est que trop vrai que les indications et les contre-indications de l'emploi de l'huile de foie de morue ne sont pas encore rigoureusement établies, que ce précieux médicament ne convient pas et ne réussit pas dans tous les cas. Dans notre opinion, c'est donc à la détermination des cas favorables ou défavorables que les médecins doivent travailler actuellement. Eh bien ! c'est parce que nous trouvons, dans le travail qui vient d'être publié dans le Journal de médecine de Londres par M. Radclyffe Hall, l'un des médecins de l'hôpital des phthisiques de Torquay, à la fois quelques jalons propres à guider dans l'administration de l'huile de foie de morue et des faits qui tendent à montrer que nous ne sommes pas entièrement désarmés dans les cas où l'huile de foie de morue n'est pas applicable ou ne réussit pas, et que l'huile de pieds de bœuf est susceptible de lui être substituée avec avantage dans ces cas ; c'est enfin parce que la question soulevée par l'emploi de l'huile de foie de morue est une des plus graves et des plus importantes de la thérapeutique, et en attendant que nous puissions mettre sous les yeux de nos lecteurs les résultats d'expériences qui se poursuivent en ce moment avec l'huile de pieds de bœuf dans un de nos grands hôpitaux, que nous leur donnons aujourd'hui le travail de notre confrère d'outre-Manche.

C'est une chose des plus ordinaires, dit M. Radclyffe Hall, que de voir l'huile de foie de morue répugner plus ou moins aux malades au début

du traitement, et il en est un très-petit nombre qui ne manifestent le désir d'en suspendre de temps en temps l'usage. Le plus ordinairement, cependant, on parvient, avec un peu de persévérance, à triompher de ce dégoût, mais surtout en ayant égard à quelques particularités relatives à l'administration de cette huile. Ainsi, il ne faut commencer que par de très-petites quantités; le malade doit avoir soin de ne pas prendre l'huile si l'estomac contient beaucoup de liquide ; il doit éviter encore plus de la prendre à jeun, et ce qui convient le mieux, c'est d'avaler l'huile une heure après un repas solide, c'est-à-dire lorsque les aliments sont en voie de chymification ; il faut de plus, si le malade supporte mal l'huile, changer les qualités du médicament, donner l'huile brune à celui qui prend l'huile pâle, et réciproquement ; enfin varier les formes du véhicule, jusqu'à ce qu'on ait mis la main sur celui qui convient.

Il est une erreur pratique que nous devons relever, c'est que les médecins se croient obligés d'augmenter la dose de l'huile de foie de morue tant que les malades paraissent se bien trouver du médicament. Mais de même qu'il suffit, le plus ordinairement, d'une très-petite quantité de fer chez les sujets chloro-anémiques, pour travailler efficacement à la reconstitution du sang et des globules en particulier, et que l'on a vu l'économie procéder ensuite à ce travail réparateur en vertu de son énergie naturelle, de même il suffit d'une très-petite quantité d'une huile assimilable pour donner une impulsion convenable à la nutrition. J'excepte toutefois, ajoute M. Radclyffe Hall, les cas dans lesquels l'économie perd en abondance des matériaux albumineux et oléagineux, dans les écoulements purulents très-abondants, par exemple. L'huile a pour but, dans ce cas, de travailler à la réparation de ces pertes, et la seule limite que l'on puisse mettre à son administration, c'est que le malade supporte les doses élevées qui lui sont prescrites.

C'est par erreur que l'on attribue la répulsion de certains malades pour l'huile de foie de morue à son goût désagréable et à la difficulté qu'on éprouve à l'avaler. Bien peu de malades sont arrêtés par ce dégoût. C'est la difficulté avec laquelle l'huile est digérée; ce sont le malaise, les nausées même auxquelles elle donne lieu, la diminution de l'appétit et la persistance des éructations pendant plusieurs heures, qui dégoûtent bien autrement. Avec de l'habitude, ces effets peuvent cesser, et l'huile peut être prise sans difficulté et même avec un certain plaisir. Mais ce dont il faut se préoccuper surtout, c'est de l'état des fonctions du foie. Jusqu'à ce que l'économie ait été habituée à l'huile, le foie est susceptible de se révolter contre son emploi : interrompre l'usage de l'huile pendant quelques jours, toutes les cinq ou six semai-

nes, administrer de temps en temps un doux purgatif, tels sont les moyens avec lesquels on en vient le plus ordinairement à bout. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Quelques malades ne peuvent continuer l'huile de foie de morue sans éprouver dans leurs digestions un dérangement tel, qu'il est impossible de persister dans son emploi, et il n'est pas facile de triompher de cette difficulté.

Dans la phthisie pulmonaire chronique, j'ai remarqué, d'une manière générale, que l'huile de foie de morue ne convenait pas :

1° Dans les cas dans lesquels il y a un mouvement fébrile intense, que les symptômes locaux d'une inflammation active soient nettement marqués ou non ;

2° Lorque la langue est anormalement nette, d'un rouge vif, luisante, fendue, et que les coins de la bouche sont enflammés ;

3° Lorsque la langue est fortement chargée à sa base et sur les bords, mais rouge à la pointe, avec une plaque d'un rouge vif et luisant à son centre ;

4° Lorsque la langue est large, aplatie, pâle, humide, et porte la trace des dents, en même temps qu'il existe une asthénie générale et son accompagnement habituel, la dyspepsie atonique.

Si l'on parvient à faire disparaître ces signes, les malades supportent l'huile et s'en trouvent bien. En ce qui regarde même la quatrième contre-indication, si l'on guérit l'asthénie, le médicament peut être repris; mais jusque-là, il est rare que les malades en retirent quelque chose.

La diarrhée ne contre-indique l'huile de foie de morue que lorsque l'estomac participe à l'irritation, ce qu'on reconnaît à l'état de la langue. Ainsi que M. Walshe l'a fait remarquer avec raison, dans le cas de diarrhée habituelle, l'huile de foie de morue n'augmente pas le dévoiement; mais il y a de nombreuses exceptions.

Dans tous les cas où je viens de dire que l'huile de foie de morue ne convient pas le plus habituellement, j'ai trouvé que l'huile de pieds de bœuf est susceptible de la remplacer avantageusement. Prise de la même manière, à la même dose et avec les mêmes précautions que celle-ci, elle n'avertit pas le malade de sa présence, une fois qu'il l'a avalée. Au début, elle agit ordinairement d'une manière très-douce sur le tube intestinal, ramollissant les matières intestinales et rétablissant la régularité des évacuations plutôt qu'augmentant leur fréquence. Dans quelques cas de diarrhée chronique, où j'ai administré cette huile associée au tannin ou à l'acide nitrique et à l'opium, le dévoiement a diminué sous son influence. Dans d'autres cas de diarrhée, elle m'a paru au contraire en augmenter l'abondance. Les douleurs

ressenties par les phthisiques dans la poitrine se sont généralement calmées ; le râle sous-crépitant du sommet des poumons a disparu, en même temps que nous constations dans l'état général cette amélioration qui suit l'administration de l'huile de foie de morue lorsqu'elle est bien supportée.

L'huile de pieds de bœuf m'a aussi rendu des services dans la bronchite simple sans tubercule, après la première période ; je m'en suis servi également avec avantage pour faire cesser des constipations habituelles, pour calmer l'irritation des hémorrhoïdes, et d'une manière générale, pour améliorer l'état de certains enfants qui, sans cause manifeste, et malgré un régime convenable, restaient maigres et délicats.

L'action laxative de l'huile de pieds de bœuf est assez incertaine. Habituellement, ainsi que nous l'avons dit, elle n'a d'abord qu'une très-faible action sur l'intestin, dont elle régularise seulement les fonctions ; mais quelquefois il n'y a rien de pareil, et il faut y joindre les vrais laxatifs. D'un autre côté, chez les jeunes enfants et chez quelques adultes dont le ventre est assez irritable, on observe assez souvent un peu de dévoiement lorsque l'huile a été administrée seule pendant quelques jours. Dans aucun cas je ne l'ai vue irriter la membrane muqueuse ni produire de coliques. S'il n'y a pas de diarrhée, l'huile régularise seulement les garderobes, et rien de plus ; s'il y a de la diarrhée, ou seulement un peu de tendance à la diarrhée, ce n'est pas une raison pour ne pas donner l'huile ; il suffit de lui associer un astringent convenable, pour qu'on puisse l'administrer avec avantage dans l'immense majorité des cas.

L'huile de foie de morue détermine, dans quelques cas, une éruption herpétique autour de la bouche, du reste assez insignifiante, et de la douleur vers la langue. Je n'ai jamais rien observé de pareil avec l'huile de pieds de bœuf; mais comme ces accidents s'observent surtout en été, je n'ai pas encore eu l'occasion de vérifier la chose sur une échelle suffisante. Mon expérience personnelle est encore trop peu considérable également pour me permettre d'établir une comparaison entre l'huile de foie de morue et l'huile de pieds de bœuf considérées dans leurs résultats définitifs, et par conséquent dans leur efficacité réelle. Je ne proposerai pas certainement de remplacer l'huile de foie de morue par l'huile de pieds de bœuf dans les cas où la première serait prise sans inconvénient. Je fais cependant une exception : lorsqu'il y a constipation habituelle, je remplace la première par la seconde avec avantage.

Ainsi qu'on doit le prévoir, il y a quelques cas de phthisie plus aiguë, dans lesquels l'huile de pieds de bœuf, pas plus du reste que l'huile

de foie de morue, lorsqu'elle peut être prise par les malades, n'est d'aucune utilité pour arrêter le ramollissement des tubercules et l'amaigrissement qui en est la conséquence.

Quelques malades ont pensé qu'ils supporteraient mieux l'huile de foie de raie que l'huile de foie de morue. Je l'ai essayée deux fois. Dans les deux cas, elle n'a pas été supportée. Ce qui forme, suivant moi, l'avantage principal de l'huile de pieds de bœuf, c'est qu'elle est souvent tolérée par les organes digestifs, lorsque les huiles de poisson ne le sont pas.

On éprouve, en ce moment, un peu de difficulté à se procurer de la véritable huile de pieds de bœuf. Chez les bouchers, elle est mélangée de trop d'impuretés ; chez beaucoup de droguistes, elle est mêlée avec de l'huile de noix, et chez un plus grand nombre encore, elle est tellement raffinée, qu'elle est presque entièrement dépouillée de sa stéarine. Sous cette forme si pure, j'ai remarqué qu'elle répugne à l'estomac. Dans cette huile, comme dans l'huile de foie de morue, et probablement aussi dans les autres huiles animales, la présence d'une grande proportion de stéarine rend l'huile plus facile à digérer. L'huile de pieds de bœuf dont il faut faire choix est donc celle qui est seulement débarrassée des particules étrangères, qui est d'un jaune tirant sur le brun, opaque et chargée de stéarine, semblable à du miel assez épais.

En terminant, je dirai que, pour assurer le succès du traitement, il faut s'astreindre aux trois conditions principales suivantes : 1° faire choix d'une huile de pieds de bœuf véritable, mais non épurée; 2° commencer par de petites doses, une petite cuillerée deux fois par jour, et n'augmenter que par degré; 3° enfin ne jamais prendre l'huile à jeun, mais seulement lorsqu'il y a des aliments dans l'estomac.

---

COUP D'ŒIL SUR LA VALEUR DE L'ÉLECTRICITÉ DANS LE TRAITEMENT DES PARALYSIES : RESSOURCES QU'ELLE FOURNIT AU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

On a dit avec juste raison qu'il n'y a pas de thérapeutique possible sans diagnostic. Dans l'état morbide auquel nous limitons notre examen, le diagnostic ne présente aucune difficulté; la perte du mouvement volontaire, comme celle de la sensibilité cutanée, sont faciles à constater. Mais le médecin n'a pas toujours à traiter la paralysie dégagée de sa cause initiale : la chlorose, la syphilis, etc., ne trouvent point des influences médicatrices qui ramènent quelquefois, par les seules ressources de l'organisme, comme dans l'apoplexie, les tissus lésés à des

conditions anatomiques telles que les muscles puissent accomplir de nouveau les fonctions qui leur sont dévolues. Tant que la cause spécifique dont la paralysie est le symptôme n'est pas combattue, l'abolition du mouvement volontaire ou de la sensibilité ne peut disparaître.

La paralysie n'est pas seulement un symptôme, car un symptôme disparaît toujours avec la cause qui lui a donné naissance ; et l'on voit souvent l'abolition de la sensibilité cutanée, comme celle de la contractilité musculaire, persister alors que les causes qui l'ont produite n'existent plus. Les paralysies appartiennent à cette classe nombreuse d'affections dans lesquelles on voit la maladie *cause* et la maladie *effet* réclamer toutes deux des moyens thérapeutiques divers. Le traitement de la première constitue la médication générale ; elle doit toujours précéder l'emploi des moyens réclamés par l'état local.

Les praticiens savent qu'il n'est pas toujours facile de distinguer la nature des paralysies. Quelles sont donc les ressources nouvelles offertes par les études électro-physiologiques pour remonter aux causes morbides? C'est un point qui est digne de fixer notre attention.

Rien de mieux connu que le phénomène normal dont la paralysie est une déviation ; mais la *contractilité* animale n'est pas la seule propriété vitale que possèdent les muscles. Haller est venu montrer que la fibre musculaire obéissait encore à l'irritation mécanique, et a révélé ainsi une propriété nouvelle à laquelle il a donné le nom d'*irritabilité*. Sous le nom de propriété de tissu, Bichat en a ajouté une troisième qu'il a dénommée *tonicité* ou contractilité de tissu. Cette dernière propriété, à laquelle est confié l'antagonisme des muscles, vient nous fournir un signe précieux pour le diagnostic. Voyez ces mains pendantes chez les individus affectés d'une paralysie saturnine ; ce signe caractéristique résulte de la perte de la tonicité subie par les muscles extenseurs de la main sous l'influence de l'intoxication par les sels de plomb. Enfin, l'état de la nutrition des muscles vient clore la liste des phénomènes physiologiques dont l'examen peut nous fournir des données nécessaires à l'établissement d'un bon diagnostic.

L'abolition de la contractilité volontaire, celle de la contractilité tonique, comme l'état de la nutrition des muscles, peuvent s'apprécier à l'aide des sens ; mais, pour constater la perte de l'irritabilité, il est nécessaire de recourir à l'emploi de l'électricité. La constatation de ce phénomène morbide est importante ; aussi est-ce un point de physiologie pathologique que nous avons étudié avec soin. Voici les résultats qu'il nous a été donné de constater avec M. Duchenne.

*Les paralysies dans lesquelles l'irritabilité est intacte*, c'est-à-dire

dans lesquelles les muscles se contractent sous l'influence de l'excitation électrique sont : les paralysies consécutives aux lésions du cerveau, les paralysies hystériques, les paralysies rhumatismales; la paralysie générale progressive. Si l'irritabilité est toujours conservée dans ces diverses paralysies, l'état de la sensibilité varie dans chacune d'elles : plus grande dans les paralysies rhumatismales, elle est moindre dans celles qui reconnaissent pour cause l'hystérie; elle se conserve normale dans les paralysies cérébrales. L'état de la nutrition musculaire présente peu de phénomènes remarquables. L'amaigrissement des membres affectés dans ces diverses espèces de paralysies est toujours peu considérable, et tient exclusivement au défaut d'exercice auquel sont condamnées ces parties.

*Paralysies accompagnées de la lésion de l'irritabilité.* — En tête de ces maladies, dans lesquelles l'excitation électrique ne peut plus solliciter la contraction des muscles, nous devons placer les paralysies saturnines, puis les paralysies consécutives aux lésions traumatiques des troncs nerveux, et celles symptomatiques d'une maladie de la moelle. Enfin la paralysie générale progressive, sans trouble des fonctions intellectuelles et sans lésions appréciables des centres nerveux, présente encore ce phénomène. Cette lésion de l'irritabilité sert même à la différencier de la paralysie générale des aliénés dans lesquelles MM. Duchenne et Brière de Boismont ont toujours trouvé l'irritabilité intacte.

Ce simple énoncé suffit pour montrer l'importance des ressources diagnostiques fournies par l'excitation électrique. On vient d'en voir un exemple remarquable dans la paralysie générale progressive; l'état de l'irritabilité est le seul signe, encore connu, qui permette de distinguer les deux formes si tranchées de cette maladie. Cette constatation a une grande importance, puisque, lorsqu'on voit les muscles continuer à répondre à l'excitation électrique, on peut prédire que les facultés intellectuelles se troubleront.

L'électrisation est encore indispensable dans certains cas de paralysie avec perte de la tonicité musculaire. Ainsi nous avons noté, comme signe caractéristique des paralysies saturnines, la position tombante des mains; mais il est une autre maladie, le rhumatisme, qui, lorsqu'il se localise dans les membres supérieurs, vient également détruire la tonicité des muscles extenseurs de la main sur l'avant-bras. Comment établir le diagnostic différentiel de ces deux espèces de paralysies? L'électrisation nous en fournit encore le moyen : toutes les fois que l'irritabilité sera intacte, la maladie sera de nature rhumatismale, tandis que si le muscle ne se contracte pas sous l'influence de

l'excitation électrique, vous aurez affaire à un phénomène morbide déterminé par une intoxication par les sels de plomb.

Une étude plus étendue de ces phénomènes de physiologie pathologique révélera certainement de nouvelles ressources; mais les particularités que nous venons de signaler suffisent toutefois pour donner une idée des données précieuses dont la pratique médicale peut profiter déjà.

Nous plaçons sous les yeux de nos lecteurs quelques faits à l'appui de ces diverses assertions. Voici d'abord deux observations citées dans la note que nous avons lue à la Société de chirurgie. Ce travail avait plutôt pour but de protester contre le silence des auteurs de traités de pathologie externe, que de rappeler les données électro-physiologiques formulées aujourd'hui. Ce n'est pas, du reste, que ces études ne soient utiles aux chirurgiens ; la sphère d'intervention des médecins et des chirurgiens n'est pas, en effet, toujours tellement tranchée que ces derniers ne doivent posséder, pour être à la hauteur de leur mission, toutes les connaissances positives que fournit l'état de la science.

L'observation suivante en est un remarquable exemple.

*Paralysie du membre supérieur droit, due à la compression de certains filets des plexus cervical et brachial par une exostose syphilitique. — Diagnostic tiré de l'état de la contractilité électro-musculaire.* — Un homme d'environ trente-quatre ans est admis dans le service de M. Nélaton, à l'hôpital des Cliniques, pour y être traité d'une paralysie du membre supérieur droit. Cet homme, d'une constitution assez bonne, avait, comme soldat de la marine, habité pendant quelque temps une de nos colonies; jamais il n'avait subi d'atteinte de cette colique sèche que l'on observe quelquefois chez les marins. Il nous raconte que quelques jours avant son entrée à l'hôpital, il s'est réveillé un matin avec une paralysie complète du membre supérieur, sans douleur aucune, alors même qu'on imprimait des mouvements à son bras. Il n'éprouva d'abord que du fourmillement et de l'engourdissement dans les doigts et une sensation de froid dans tout le membre. Trois ou quatre jours après le début de la paralysie, il commença à sentir une douleur lancinante, limitée à la région de la clavicule droite; cette douleur se montra d'une manière intermittente et peu intense. La paralysie, qui tout d'abord avait atteint tous les muscles du membre, s'était ensuite localisée dans les muscles qui meuvent le bras sur l'épaule. A un premier examen, on crut à une paralysie du deltoïde. M. Duchenne fut invité par M. Jarjavay, qui remplaçait M. Nélaton, à poser le diagnostic d'après l'état de la contractilité électrique des muscles. Sans recevoir aucun renseignement, notre confrère porta l'excitation électrique sur chacun des muscles qui meuvent l'épaule et le bras sur l'épaule, alternativement du côté malade et du côté sain. Trouvant qu'une portion du trapèze, du grand dentelé, du deltoïde et du grand pectoral avaient perdu leur irritabilité puisqu'ils ne se contractaient pas sous l'influence de l'action de l'électricité, M. Duchenne n'hésita pas à éloigner l'idée de toute lésion cérébrale comme cause de cette paralysie, et à en placer le siége dans une altération ou des nerfs

qui animent ces muscles, ou du point de la moelle d'où ces nerfs prennent leur origine. A un examen plus minutieux, on constata alors dans la région cervicale droite, et au niveau de l'émergence des nerfs qui constituent les plexus cervical et brachial, l'existence d'un point très-sensible à la pression; cette pression y déterminait une douleur qui s'irradiait dans tout le membre supérieur; c'était aussi dans ce point de la colonne vertébrale que le malade rapportait les douleurs lancinantes qui lui revenaient irrégulièrement et spontanément.

Traiter l'affection locale, cause de la paralysie, c'est-à-dire la lésion des plexus cervical et brachial du côté droit, était la première indication à remplir. M. Jarjavay fit appliquer un vésicatoire sur la région postérieure du cou et pensa, comme M. Duchenne, que l'électrisation des muscles paralysés pourrait, jusqu'à un certain point, entretenir leur vie locale ou diminuer le dépérissement inévitable des muscles qui ne recevaient plus librement l'influx nerveux. Mais ni le vésicatoire, ni l'électrisation ne purent arrêter la marche de l'atrophie musculaire. Les douleurs, primitivement intermittentes et limitées à la région cervicale, devinrent continues et s'irradièrent dans tout le membre, en s'exaspérant la nuit.

Un mois environ après l'entrée du malade à l'hôpital, M. le professeur Nélaton reprit son service. Après avoir fait constater de nouveau par M. Duchenne la lésion des plexus nerveux, notre collègue en rechercha la nature, et trouvant dans l'histoire du malade une infection syphilitique, il pensa alors qu'une exostose, exerçant une compression sur les racines des plexus cervical et brachial, pouvait bien être la cause de la paralysie. L'apparition d'une roséole syphilitique vint confirmer ce diagnostic. Un traitement spécifique à l'aide du proto-iodure fut alors institué. En peu de jours ces douleurs disparurent, puis la paralysie diminua progressivement dans les muscles qui n'avaient pas ou avaient peu perdu de leur contractilité électrique.

Une des meilleures marches dans le diagnostic chirurgical est de procéder par voie d'exclusion. Or, les données électro-musculaires, en venant dans ce cas éloigner d'abord l'idée d'une hémorrhagie cérébrale, fournissaient déjà une donnée importante; mais la lésion de l'irritabilité ajoutait un élément bien plus précieux, puisqu'elle indiquait une altération mécanique au point d'émergence des plexus cervical et brachial. Il ne restait donc plus qu'à établir la cause : les antécédents du malade et la roséole syphilitique sont venus compléter le diagnostic, et les bons résultats fournis par le traitement spécifique institué par M. Nélaton ne peuvent laisser aucun doute sur la nature de la maladie.

La paralysie d'un bras survenue subitement est, on le dit, un des signes les plus fréquents de l'hémorrhagie des hémisphères cérébraux. Les annales de la science contiennent, en outre, bon nombre de cas dans lesquels l'épanchement sanguin s'est produit pendant le sommeil du malade; on pouvait donc rapporter la paralysie, dans ces deux cas, à une cause semblable. Par un de ces hasards comme on en rencontre tant dans la

pratique des hôpitaux, le jour même où M. Duchenne posait le diagnostic du malade de M. Nélaton, il avait l'occasion de nous montrer, dans le service de M. Bouillaud, l'exactitude de la proposition que nous avons rappelée plus haut, à savoir que, dans les paralysies dues à une lésion cérébrale, les muscles conservent leur contractilité électrique intacte, tandis que lorsque la lésion d'un nerf mixte est tellement profonde que toutes les fibres en ont été atteintes, les muscles qui reçoivent des fibres de ces nerfs perdent leur irritabilité et ne se contractent pas sous l'action du courant électrique.

*Paralysie du bras consécutive à un épanchement sanguin dans le cerveau.* — Au n° 10 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, était couché un homme chez lequel la paralysie du bras droit était venue subitement. On pouvait donc rapporter la perte du mouvement, chez ces deux malades, à une même cause, l'hémorrhagie cérébrale, puisque chez tous les deux la paralysie avait débuté d'une façon instantanée. Mais l'exploration de l'état de la contractilité des muscles paralysés chez les deux malades présentait une différence tranchée. Tandis que le malade de la Clinique avait perdu, ainsi que nous l'avons dit, en plus ou moins grande partie l'irritabilité des muscles paralysés, le malade de la Charité, au contraire, avait conservé intacte cette propriété musculaire; et tous les muscles, même dans leurs divers faisceaux, se contractaient sous l'influence de l'excitation électrique. Cette différence tranchée de l'état de la contractilité électrique en préjugeait une semblable dans la cause qui avait provoqué la perte du mouvement chez ces deux malades. Nous avons vu que la lésion de l'irritabilité musculaire, chez le malade de M. Nélaton, avait conduit M. Duchenne à rapporter la cause à une lésion des plexus cervical et brachial, tandis que la conservation de la contractilité électrique chez le malade de M. Bouillaud portait ce confrère à regarder la paralysie du bras, dans ce cas, comme le résultat d'une hémorrhagie cérébrale.

Le résultat du traitement suivi par le malade de la Clinique est venu confirmer le diagnostic fourni par les phénomènes électro-musculaires. Les antécédents du malade de la Charité vinrent également confirmer le diagnostic de M. Duchenne. Cet homme avait, une année auparavant, été atteint d'une hémiplégie causée par un épanchement sanguin dans les hémisphères cérébraux, dont il avait guéri. Il était donc probable que la paralysie nouvelle, quoique limitée au bras, reconnaissait une lésion de la même nature. Du reste, pendant les cinq mois qu'il resta dans le service de M. Bouillaud, les muscles conservèrent toujours leur contractilité électrique et ne subirent d'autre altération dans leur nutrition que celle qui devait résulter de l'immobilité prolongée du membre, et qui était peu appréciable à la vue ; tandis que, chez le malade de M. Nélaton, l'atrophie des muscles lésés dans leur contractilité électrique avait marché très-rapidement.

Nous avons dit que le malade de M. Bouillaud avait été guéri de la paralysie dont il avait été frappé un an auparavant. Bien que ce ne soit pas ici le lieu de nous étendre sur le traitement qui produisit la guérison, cependant nous ferons remarquer en passant que ce malade a présenté les deux périodes que nous avons signalées dans l'évolution de la paralysie.

Guéri de son hémorrhagie cérébrale par un traitement approprié, la perte du mouvement, après la cicatrisation de la lésion cérébrale, a été combattue directement dans son siége par l'électrisation des muscles paralysés, et avec un succès complet.

Nous nous sommes peut-être étendu trop longuement sur ces deux faits, mais leur intérêt et la valeur des enseignements qui en découlent sont assez importants pour nous servir d'excuse.

La contractilité tonique à laquelle est conféré l'antagonisme peut être atteinte par deux causes morbides : le rhumatisme et l'intoxication saturnine. Malgré la diversité si tranchée de ces deux origines de la maladie (une impression de froid et l'ingestion d'un sel de plomb), malgré la différence des résultats, puisqu'en général un seul membre est affecté dans la paralysie rhumatismale, tandis que les deux bras sont atteints dans la paralysie saturnine, le diagnostic n'est quelquefois possible qu'avec l'intervention de l'électricité. Est-ce qu'une paralysie saturnine ne peut pas affecter un individu exerçant une profession qui l'expose aux émanations saturnines? Une paralysie rhumatismale ne peut-elle point affecter les deux membres, tandis qu'une paralysie saturnine n'en affectera qu'un seul? Quant à l'étiologie, rien de plus difficile souvent à établir : les circonstances d'intoxication saturnine sont si variées, qu'alors qu'on en demeure convaincu par la nature des symptômes présentés par les malades, on ne peut toujours remonter aux sources qui l'ont amenée. Aussi regardons-nous le signe fourni par la lésion de l'irritabilité des extenseurs du bras comme un des faits les plus importants présentés par les études physiologiques modernes. En voici des exemples :

Obs. Deux hommes de la campagne, l'un valet de ferme, l'autre terrassier, entrèrent à la Charité pour y être traités d'une paralysie du membre supérieur. Leur avant-bras offre les mêmes caractères : chute du poignet; flexion des doigts, avec impossibilité de les étendre; paralysie incomplète, avec diminution de force dans les autres muscles de l'avant-bras; amaigrissement du membre paralysé et atrophie plus prononcée à la région postérieure de cette partie du membre; pas de contracture. Ces paralysies sont survenues tout à coup et sans avoir été précédées par aucune douleur; d'ailleurs, ni l'un ni l'autre de ces deux malades n'a été exposé aux émanations de plomb. M. Duchenne examine à l'aide de l'électrisation localisée dans les muscles atteints par la paralysie. La nature de la maladie était semblable seulement quant à l'apparence ; car tandis que chez l'un la contractilité et la sensibilité électro-musculaire étaient normales, chez l'autre tous les muscles de la région postérieure de l'avant-bras, excepté les supinateurs et l'anconé, avaient perdu leur contractilité électrique.

En présence de ces signes, le doute n'était pas possible. Le premier malade avait une paralysie rhumatismale, tandis que le second était

affecté d'une paralysie saturnine. La manière de vivre de ces deux malades permettait d'accepter le diagnostic de la paralysie rhumatismale ; les ouvriers de la campagne ne sont que trop souvent exposés à subir des refroidissements. Mais par quelle voie le plomb avait-il été introduit chez le second malade ? C'est ce qu'il fut impossible d'établir. Le vin qu'il buvait était-il frelaté ? etc., etc.

Malgré l'absence de ce renseignement, l'étiologie révélée par la perte de l'irritabilité n'en fut pas moins incontestable, car, quelques jours après, ce malade éprouva des coliques très-vives avec une constipation qui dura dix jours ; enfin, il présentait le liséré bleuâtre des gencives. Mais le liséré, ce signe pathognomonique si précieux de l'intoxication saturnine, exige, pour se former, la présence des dents; or, si un individu est privé de ces ostéides, il ne restera donc, pour établir le diagnostic, que le signe fourni par l'absence de la contractilité électrique des muscles paralysés. Le fait suivant en est une preuve.

*Paralysie saturnine affectant les deux membres supérieurs ; diagnostic par l'électricité.* — M. X., âgé de quarante-six ans, marchand de thé, demeurant place Vendôme, était affecté depuis trois années d'une paralysie des deux membres supérieurs, lorsqu'en mars 1849 il fut conduit chez M. Duchenne. Son médecin voulait tenter l'emploi de l'électrisation localisée contre cette maladie qui avait été traitée sans succès par les bains sulfureux, les vésicatoires volants et la strychnine à l'intérieur. Cette paralysie était attribuée à une cause rhumatismale. Voilà l'état que présentait le malade : ses bras tombaient le long du corps, sans qu'il lui fût possible de les faire mouvoir ; la flexion de l'avant-bras sur le bras était impossible ; les poignets étaient fléchis à angle droit sur l'avant-bras ; les doigts, contractés dans la paume des mains, ne pouvaient être étendus ; l'atrophie des membres était considérable, surtout à la région postérieure de l'avant-bras. « A la vue de cette forme de paralysie, notre première pensée, dit M. Duchenne, fut qu'elle avait été produite par une intoxication saturnine; mais ne trouvant dans la profession de ce malade rien qui pût légitimer un tel diagnostic, et le malade ne pouvant nous présenter un des signes les plus importants de cette maladie, le liséré des gencives, puisqu'il avait perdu toutes ses dents et portait depuis longtemps un râtelier, nous nous rangeâmes à l'avis des divers confrères qui avaient vu le malade, et qui tous avaient attribué l'affection à une cause rhumatismale. »

Cependant M. Duchenne, ayant vu que les muscles extenseurs des avant-bras ainsi que les deltoïdes étaient lésés dans leur contractilité électrique, revint à son premier diagnostic : l'empoisonnement saturnin. Interrogeant alors le malade avec plus de soin sur sa manière de vivre et ses occupations, notre confrère apprit alors que pendant longtemps ce malade avait fait de petits sacs avec les feuilles de plomb dont les caisses de thé sont doublés. De plus, le malade raconta avoir été traité plusieurs fois, pendant ce laps de temps, d'attaques de gastro-entéralgie, dont le principal caractère était une constipation accompagnée de coliques violentes. Ces accidents n'avaient été nullement amendés par les applications de sangsues, elles avaient cédé seulement à l'emploi des purgatifs.

Rien ne manquait donc plus au diagnostic de la paralysie saturnine ; dès lors, le malade fut traité par l'iodure de potassium à l'intérieur et les bains sulfureux. L'électrisation associée à cette médication générale, ce malade obtint une guérison assez rapide. Le quatorzième jour de son traitement, il pouvait écrire.

Nous regrettons que l'espace nous manque pour citer un plus grand nombre d'observations ; celles que nous venons de rapporter suffisent cependant pour mettre hors de doute les données importantes fournies par les études électro-physiologiques. Nous aurons d'ailleurs l'occasion d'en fournir de nouveaux exemples ; nous avons voulu seulement poser la question et signaler à nos confrères une ressource précieuse dont on n'a pas encore profité. La thérapeutique suit de trop près le diagnostic pour que nous ne revenions pas sur ce point de notre travail lorsque nous traiterons des diverses espèces de paralysies. D.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

### DU TRAITEMENT DES ABCÈS PARENCHYMATEUX OU GLANDULAIRES, VULGAIREMENT APPELÉS DÉPÔTS LAITEUX.

Par M. le professeur VELPEAU.

La thérapeutique des dépôts laiteux est assez compliquée et ne laisse pas que d'être embarrassante. Pour moi, je regarde comme absolument indispensable, si on veut la diriger convenablement, de bien établir avant tout le diagnostic de la maladie. Il me paraît positif, en effet, que c'est faute d'avoir distingué ou voulu distinguer les abcès glanduleux des abcès sous-cutanés ou sous-mammaires (1), que les chirurgiens sont si peu d'accord sur la meilleure manière de traiter les abcès du sein en général.

Ainsi, l'ouverture prématurée, utile dans les abcès sous-cutanés, et même, ainsi que je l'ai déjà dit, dans les abcès profonds (2), est évidemment nuisible quand il s'agit d'abcès parenchymateux. Tout ce qu'on a dit de l'incision tardive, de l'ouverture spontanée, des incisions étroites, eu égard aux abcès de la région mammaire, ne s'applique réellement, avec une apparence de justesse, qu'au genre de dépôt dont je parle en ce moment; car c'est le seul où il semble y avoir quelques avantages à ne point se presser, à donner le temps au foyer de s'ouvrir de lui-même, ou bien à ne l'inciser que par une sorte de ponction.

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, t. XL, p. 399 et 493.
(2) *Bulletin de Thérapeutique*, t. XLII, p. 221.

Cette pratique, qui peut-être serait la meilleure si l'abcès parenchymateux ne tendait jamais à devenir ni profond, ni sous-cutané, expose trop néanmoins aux inconvénients de ces derniers pour qu'il soit permis de l'adopter exclusivement. Au demeurant donc, il convient de n'ouvrir les abcès glanduleux du sein qu'à partir du moment où la fluctuation y est évidente. L'incision alors peut se réduire à une sorte de ponction sur chaque bosselure purulente, s'il ne s'agit que de dépôts peu volumineux. Dans le cas contraire, c'est-à-dire quand l'abcès paraît un peu large ou profond, il est utile de l'inciser largement, puis de tenir les lèvres de la plaie écartées, à l'aide d'une mèche, d'une tente de charpie ou du bout de sonde de gomme élastique mentionnée précédemment. Inciser plus tôt ne remédierait à rien; la suppuration occupe un tissu trop dense, trop peu vasculaire pour que l'ouverture prématurée du foyer hâte le dégorgement de la partie malade; d'ailleurs, attendre n'expose pas, comme dans les autres ordres d'abcès du sein, à une extension rapide, à de larges fusées du dépôt. L'incision avant la maturité complète du foyer ne soulagerait que médiocrement les femmes, et, comme la temporisation qui permet l'ouverture spontanée de l'abcès n'entraîne pas de dangers considérables, on peut, si la malade redoute à l'excès l'emploi du bistouri, attendre que la nature donne elle-même issue au pus. On doit, de plus, ne point perdre de vue qu'on se trouve souvent dans la nécessité d'ouvrir ainsi successivement et à quelques jours ou à une semaine de distance un certain nombre d'abcès de même genre. Je n'ai pas besoin d'ajouter que le pansement soit après l'ouverture artificielle, soit après l'ouverture spontanée, comporte l'emploi des topiques émollients d'abord, et bientôt après des pommades résolutives ou de la compression, comme à la suite de l'ouverture des abcès superficiels ou des abcès profonds.

*Abcès ouverts.* Ce qui précède ne concerne guère, au surplus, que l'abcès encore clos. Cependant les abcès déjà ouverts sont loin d'être pour cela guéris, et réclament à leur tour une thérapeutique bien entendue. Qu'ils se soient ouverts spontanément, ou qu'on les ait incisés, il n'en convient pas moins de les abandonner pendant quelques jours aux efforts de l'organisme, en ne les traitant qu'avec de simples cataplasmes. Toutefois, quand la nature seule s'est chargée de les ouvrir, il arrive souvent que l'ouverture en est si petite ou si mal située, que la peau en est tellement amincie ou dénudée, qu'il devient promptement utile soit de les inciser, comme on l'eût fait de prime abord, soit de détruire par le caustique les téguments altérés. Quoi qu'il en soit, si, après huit à dix jours, l'abcès parenchymateux ne se tarit pas,

continue de fournir une certaine quantité de pus, c'est qu'il se trouve compliqué soit dans sa forme, soit dans sa nature, soit par l'état individuel de la malade. En effet, il est très probable, en pareil cas, que la persistance du mal dépend de ce que l'abcès communique avec quelques foyers interlobulaires ou sous-mammaires. Néanmoins, comme la présence du lait, l'existence de la lactation suffit, de son côté, pour entretenir la suppuration, comme aussi l'état organique d'une femme en couches, enceinte ou nourrice, modifie profondément toutes les maladies dont la femme peut être atteinte, il importe, en tenant compte d'une de ces particularités, de ne point perdre de vue les autres.

Si donc l'incision semble de nouveau indiquée en pareil cas, ce ne peut être que par suite de la forme toute spéciale qu'auraient fini par revêtir les foyers purulents, quand tout indique d'ailleurs que la sécrétion laiteuse et la constitution générale de la malade n'y sont pour rien. C'est ainsi qu'il peut être utile de pratiquer des contre-ouvertures sur les points les plus amincis ou les plus déclives des clapiers superficiels, ou bien vers la circonférence de la mamelle, vis-à-vis des excavations inférieures de l'abcès devenu profond, qu'il peut être urgent de débrider certaines cloisons allant du point central vers les foyers intercallés dans l'épaisseur de la glande, ou bien de trancher largement la cloison percée qui sépare l'abcès sous-mammaire de la plaie de l'abcès sous-cutané dans les dépôts accolés ou en bouton de chemise. Un fait à ne point oublier, c'est que les incisions du tissu glanduleux, les plaies qui traversent la mamelle, tendent sans cesse, je ne dis pas à s'agglutiner, à se cicatriser, à se recoller, mais à se fermer, à cause de l'élasticité et de la densité naturelle des tissus divisés, de manière qu'à moins d'un débridement très-large, ces sortes de plaies doivent être maintenues ouvertes par l'interposition de quelque corps étranger entre leurs lèvres, si l'on veut qu'elles servent à quelque chose.

Le lait n'entretient pas les abcès du sein uniquement à cause du travail organique qui le produit lui-même; c'est encore et surtout par sa propre existence comme corps étranger, parce qu'il finit très-souvent par entrer dans les abcès même, et par se mêler au pus. Ayant son point de départ dans l'épaisseur de la glande, dans la cavité des conduits lactés peut-être, l'abcès parenchymateux du pus ne peut guère se faire jour soit en arrière, soit en avant, ne peut guère être ouvert par l'art, sans qu'un certain nombre de canaux galactophores se trouvent compromis, intéressés. Toujours est-il que du lait s'échappe souvent par les ouvertures de tels abcès, qu'on voit fréquemment sortir par là tantôt du lait tout pur, tantôt du lait

mêlé de pus, et quelquefois, chez la même femme, du pus et du lait alternativement, aussi bien que du pus et du lait plus ou moins complétement mêlés. C'est dans des cas de ce genre que l'ouverture des abcès du sein prend volontiers l'aspect de fistules, qui peuvent rester purulentes, et qui parfois revêtent, au contraire, la physionomie d'une fistule lactée.

On conçoit aisément qu'ici le bistouri seul serait un moyen insuffisant. Il faut autre chose que les moyens chirurgicaux pour modifier un état pareil ; c'est à l'économie tout entière qu'il faut d'abord s'adresser. Il est pourtant vrai que les remèdes locaux ne doivent pas non plus être absolument négligés. Ainsi, les topiques astringents, les cataplasmes de cerfeuil, de carottes, de pommes de terre, les pommades aluminées, iodurées, conviennent. Mais rien n'égale, sous ce point de vue, l'efficacité d'une compression bien faite. J'aurai l'occasion de revenir plus tard sur l'utilité de ce dernier moyen.

*Traitement général.* — Est-il besoin d'ajouter que s'il existait chez la femme quelques maladies spécifiques, quelques diathèses, quelques cachexies ou quelques lésions sérieuses d'un autre ordre, comme complication de l'abcès, le chirurgien devrait s'en occuper avant tout ?

Dans les cas d'abcès parenchymateux, uniques ou multiples, primitifs ou secondaires, la question est tout autre. Ayant son siége dans le tissu glandulaire, le travail inflammatoire amène déjà par lui-même, en pareil cas, une perturbation inévitable dans la lactation. La sécrétion devient alors ou plus abondante ou moins active. Dans les deux cas, le produit sécrété est nécessairement altéré. En un mot, l'organe formateur étant malade, le produit de la glande ne peut pas être absolument pur, et il est difficile que le nourrisson se trouve bien d'une pareille alimentation.

Si l'inflammation occupe l'intérieur même des canaux lactés, le pus peut être avalé en grande proportion par l'enfant. Or, comment ne pas être effrayé à la pensée d'un pareil fait, comment oser présenter une mamelle ainsi altérée à la bouche d'un nouveau-né? Pour dire toute la vérité, il faut ajouter que le pus, ainsi absorbé par la succion, ne doit pas être aussi dangereux qu'on le croirait de prime abord, car il est incontestable que beaucoup d'enfants en avalent ainsi, et il est cependant certain, d'un autre côté, que plusieurs d'entre eux continuent de se porter assez bien.

Les abcès parenchymateux altèrent encore le lait d'une autre façon. Sans avoir son siége dans la cavité des conduits lactés, la suppuration finit cependant par se mêler au liquide nutritif, soit par imbibition ou endosmose, soit par quelque perforation, quelque rupture, quelque

communication pathologique établie entre les foyers purulents et les tubes excréteurs de la glande.

On peut, en conséquence, admettre comme démontré que l'enfant qui tette une femme affectée d'abcès glanduleux au sein avale une plus ou moins grande proportion de pus avec le lait dont on croit le nourrir. Ce fait, que la simple réflexion aurait dû faire ressortir, a d'ailleurs été mis hors de doute par les expériences microscopiques, par les recherches de M. Donné en particulier. J'ai, en effet, constaté, dès 1836, avec ce micrographe, que le lait de toutes les femmes atteintes de ces sortes d'abcès contenait une quantité quelquefois considérable de globules de pus. En plaçant une goutte de lait extrait d'un sein malade sous la lentille convenablement disposée, on s'assure effectivement bien vite qu'outre la matière diaphane qui en fait le fond, le liquide est composé de globules régulièrement circulaires qui appartiennent au lait, et de globules à circonférence frangée qui appartiennent au pus, outre que l'ammoniaque détruit les uns sans altérer les autres.

Comme ce n'est point ici qu'il convient d'insister sur un pareil sujet, je me borne simplement à constater le fait.

Non-seulement le nourrisson est alors exposé à se nourrir de pus autant que de lait, à n'avaler qu'un liquide très-impur, mais encore il peut ne pas trouver dans le sein ainsi altéré toute la quantité de lait véritable que secrète la glande. Je l'ai déjà dit, le lait passe, dans une foule de cas, de ses propres conduits dans les cavernes ou les trajets purulents, aussi bien que le pus pénètre dans les voies naturelles du lait ; en sorte qu'une partie plus ou moins considérable du liquide nutritif s'échappe par les plaies avec le pus et se trouve ainsi sécrété sans profit pour l'enfant. En disant autrefois que donner le sein au nourisson en semblable circonstance ne pouvait pas nuire à la maladie, je crois être allé trop loin. Aujourd'hui, je regarde comme positif qu'en activant le travail sécréteur par la succion, l'enfant entretient dans la mamelle une excitation qui doit réagir défavorablement sur les foyers purulents du voisinage, et concourir à l'entretien du mal.

En somme, je suis d'avis que dans ces sortes d'abcès, il ne faut point offrir le sein malade au nouveau-né. Si la sécrétion du lait paraissait se continuer avec trop de force, il vaudrait mieux dégorger la mamelle par les moyens artificiels ou à l'aide de petits animaux, que de charger l'enfant d'une pareille opération. Dans les premiers temps, cette précaution est, du reste, d'autant mieux indiquée chez certaines femmes que si, d'une part, la formation des abcès active la sécrétion laiteuse, cette dernière ne serait pas non plus sans réagir sur l'inflammation, sans augmenter la production du pus. Il y a là deux sécrétions pour ainsi dire, l'une

physiologique, l'autre pathologique, qui agissent au profit l'une de l'autre, qui tendent à se fortifier, à se prolonger réciproquement. De là même, comme je l'ai laissé entrevoir, la ténacité de certains abcès de la mamelle, et la difficulté qu'on éprouve si souvent à les tarir radicalement.

Obs. I. *Abcès glandulaires multiples peu graves.* — Cette malade, entrée à l'hôpital le 15 mars, accouchée depuis peu, dit éprouver dans le sein droit d'assez vives douleurs.

On trouve, en effet, que cet organe est tuméfié, enflammé; on remarque sur deux points des orifices fistuleux d'où s'échappe du pus mêlé de lait, et au-dessous est une bosselure fluctuante, de laquelle s'échappe un pus louable, aussitôt qu'on y a pratiqué une ponction. Lorsqu'on palpe le sein, on y trouve des nodosités assez nombreuses, et la moindre pression donne issue à un liquide purulent.

Cette lésion, qui peut paraître grave au premier abord, cède cependant très-facilement à l'emploi des cataplasmes émollients, auxquels on associe des frictions avec l'onguent mercuriel. La malade sort guérie le 4 avril.

Obs. II. *Abcès glandulaires aux deux seins chez une nouvelle accouchée qui a commencé à nourrir.* — Cette femme, d'une bonne santé ordinairement, est accouchée le 12 avril. Elle a commencé à nourrir, mais au bout de neuf jours elle est rentrée chez ses maîtres, et a été obligée de mettre son enfant en nourrice. Huit jours après avoir repris son travail, la malade a ressenti des élancements dans la mamelle gauche, et, à la partie inférieure de la glande, une petite tumeur dure, très-douloureuse au toucher. Cette petite tumeur grossissait chaque jour d'une manière très-sensible; la peau qui la recouvrait devenait rouge, et la malade, ne pouvant plus dormir, s'est décidée à entrer à l'hôpital le 8 avril. Deux ou trois heures après son entrée dans la salle, elle s'est aperçue que sa tumeur était percée. Plus d'un verre de pus s'est écoulé par l'ouverture, et de suite elle a été soulagée. Elle a bien dormi toute la nuit et n'a pas ressenti d'élancements.

Le 9, la malade souffre beaucoup moins, le sein est encore plus gros que les deux poings; à sa partie inférieure on sent un noyau dur qui remonte de chaque côté au-dessus du mamelon; la peau de cette région est rouge; le pus qui s'écoule par l'ouverture de l'abcès est franchement phlegmoneux.

Le 12, la malade va mieux, elle ne souffre plus. La mamelle est moins grosse et moins dure.

Le 15, la mamelle gauche diminue de volume et fournit une suppuration moins abondante, mais la malade ressent des élancements dans le sein droit, qui présente à la partie supérieure de l'aréole de petites bossolures dures et inégales.

On place sur le sein gauche un gâteau de charpie enduit de pommade d'iodure de plomb.

Le 16, la malade ne souffre plus du sein gauche; mais elle a beaucoup souffert du sein droit; la petite bosselure de la partie supérieure de l'aréole a augmenté de volume, s'est ramollie; la peau en est rouge, et la fluctuation y est devenue très-sensible. On l'ouvre par une ponction avec le bistouri, il en sort du pus bien lié et de bonne nature. Au-dessus de cet abcès il existe une seconde bosselure qui est encore dure.

Le 18, la malade ne souffre plus du sein droit, la suppuration est très-

abondante ; la petite bosselure située au-dessus de cet abcès s'est ramollie, et si l'on exerce dessus une compression, on augmente l'écoulement du pus qui vient d'un foyer situé profondément. La mamelle gauche est dans le même état.

Cataplasmes sur les deux seins.

22. La suppuration devient moins abondante du côté droit ; la partie de la glande qui était engorgée devient de moins en moins volumineuse. Du côté gauche il reste toujours un noyau dur assez volumineux, la suppuration est peu abondante.

La malade ne souffre pas du tout ; elle a pris hier une bouteille d'eau de Sedlitz et elle a été un grand nombre de fois à la selle.

La malade prendra chaque jour un pot de sérum stibié.

29. La malade va assez bien ; depuis quelques jours qu'elle prend du petit-lait stibié elle a des nausées, mais elle ne vomit pas ; elle va assez facilement à la selle.

Du côté droit, il reste à la partie supérieure de la glande mammaire un noyau dur. Du côté gauche il s'écoule encore un peu de pus séreux ; une grande partie de la glande reste dure.

3 mai. Un nouvel abcès s'est ouvert à la région médiane de la mamelle gauche, un peu au-dessus de la première ouverture qui s'est cicatrisée ; le pus qui sort par cette ouverture est séreux. Toute la glande du côté gauche est grosse et dure. La glande du côté droit ne présente plus qu'un noyau dur, mais il existe toujours une fistule qui donne une suppuration abondante et de bonne nature.

Le 16, la malade sort de l'hôpital ; les abcès se sont complétement cicatrisés ; du côté gauche seulement, il existe encore un petit noyau dur.

Le traitement général qu'on peut appliquer et qui a souvent été conseillé pour les abcès du sein, doit s'entendre presque exclusivement, en bonne pratique, des abcès parenchymateux en particulier. Parmi les moyens essayés en pareil cas, il n'y en a réellement qu'un très-petit nombre qui méritent d'être conservés. Les tisanes tant vantées de canne de Provence, de pervenche, etc., n'ont en réalité aucune valeur. J'ai souvent essayé les purgatifs, soit spéciaux, le petit-lait de Weis, par exemple, aussi bien que les purgatifs simples, répétés à de courtes distances pendant dix et vingt jours, sans en obtenir de résultat bien concluant.

Souvent aussi j'ai mis en usage les émétiques à dose soit vomitive, soit fractionnée, ou les éméto-cathartiques, sans en retirer des avantages manifestes. Il en a été de même de la teinture de colchique, semence ou bulbe, donnée à la dose de 4 à 8 grammes par jour, et cela pendant une semaine ou deux. J'ai pensé devoir soumettre certaines femmes lymphatiques, ou dont les chairs paraissaient bouffies, à l'usage soit de la teinture d'iode, soit des bains iodés, soit de l'iodure de potassium, et je suis forcé d'avouer n'avoir rien obtenu non plus de cette médication, qui puisse me permettre de la préconiser. Enfin, soit à doses pur-

gatives, soit à doses fractionnées, comme altérant, le calomel n'a pas été plus efficace entre nos mains que les autres moyens dont je viens de parler.

L'émétique à haute dose a obtenu une telle vogue depuis Rasori, que la thérapeutique des abcès du sein ne pouvait pas se dispenser de l'appeler aussi à son secours. L'action de ce médicament sur les inflammations en général, sur l'inflammation des parenchymes en particulier, sur les épanchements des cavités closes ou séreuses, portait effectivement à penser que les abcès parenchymateux du sein en seraient favorablement influencés. Les observations recueillies, en Angleterre, par MM. Kennedy, Beatty (*Med. chir. rev.*, juillet 1834) et Levers (*Gazette méd.* de Paris, 1837, p. 661) me parurent dignes d'attention et justifier de nouveaux essais. Aussi n'ai-je point hésité à soumettre un certain nombre de femmes affectées d'abcès glanduleux de la mamelle à la potion stibiée, quand ces abcès s'étaient montrés rebelles à tout autre traitement. J'ai donc fait prendre par cuillerées, dans les vingt-quatre heures, 2, 3, 4 et 5 décigrammes d'émétique dans 150 grammes d'infusion de feuilles d'oranger, avec 40 grammes de sirop diacode. Or, bien que j'eusse continué l'emploi de ce moyen de trois à huit jours, les abcès n'en ont pas moins persisté chez la plupart des femmes. Remarquant, d'un autre côté, que les faits annoncés par MM. Beatty et Levers étaient dépourvus de détails; que, dans les observations indiquées par ces auteurs, l'existence de l'abcès et même de l'inflammation n'était pas toujours démontrée; qu'ils employaient, en outre, et les liniments volatils sur le sein, et les potions cathartiques à l'intérieur; que rien n'indiquait dans leur travail l'espèce d'inflammation ou d'abcès qu'ils avaient eu à traiter, je me crus en droit de conclure, en 1838, que l'émétique à haute dose, pas plus qu'aucun des autres traitements internes préconisés jusque-là contre les abcès du sein, ne jouissait véritablement de l'efficacité qu'on venait de lui attribuer.

Nonobstant ces premiers échecs, et à cause du caractère rebelle de la maladie, j'ai souvent employé depuis lors le tartre stibié à doses rasoriennes, en ayant soin de l'associer tantôt à des bains de Barèges, tantôt à des bains alcalins, tantôt à des bains simples, tantôt à divers topiques répercussifs, et surtout à la compression. Il en est résulté pour moi que c'est un moyen à ne pas rejeter tout à fait. Porté à dose suffisante pour entretenir chez les malades un état simplement nauséeux, continué ainsi pendant une semaine ou deux, l'émétique à doses fractionnées réussit en effet quelquefois, et si son action n'inspirait pas toujours d'ailleurs quelques craintes en ce qui concerne les voies diges-

tives, je n'hésiterais pas à en conseiller généralement l'emploi. Au demeurant, je ne l'ai trouvé ni assez efficace ni assez inoffensif pour le recommander vivement, ni assez complétement dépourvu d'utilité pour en demander le rejet, pour ne pas le conseiller dans quelques cas trop récalcitrants.

Chez les nourrices, les abcès du sein, en général, soulèvent toujours une autre question grave, mais qui ne se présente nulle part avec autant de force qu'à l'occasion des abcès parenchymateux : je veux parler de l'allaitement. Quand il s'agit simplement d'abcès superficiels ou d'abcès profonds, la succion exercée par l'enfant ne peut avoir d'autre inconvénient que d'augmenter un peu l'irritation ou l'inflammation concomitante. Restant étranger au travail de suppuration, le tissu glanduleux peut continuer alors sa fonction, sans qu'il en résulte de danger réel pour le nourrisson, pour peu du moins que le mamelon soit intact, et qu'en s'en approchant, la bouche de l'enfant ne soit pas exposée à se remplir de pus, à toucher les ouvertures du dépôt.

On ne peut disconvenir, néanmoins, qu'il n'y ait sous cette question de la lactation un embarras très-grand, eu égard à la thérapeutique des abcès glanduleux du sein. Il résulte clairement de ce qui précède que de pareils abcès cèdent moins à l'action des topiques, du traitement local en général, que les abcès superficiels ou profonds, et que pour en avoir raison, il doit être le plus souvent indispensable de les attaquer par les médications indirectes ou internes. Comment en obtenir la guérison alors, sans tarir la sécrétion laiteuse, et comment arriver à ce dernier résultat autrement que par les médications générales? L'iode à l'intérieur, le calomel à doses fractionnées, les purgatifs répétés, l'émétique à la méthode rasorienne, ou toute autre médication altérante sont indiqués. De cette façon, les fonctions de la mamelle se ralentissent, se suspendent même, la sécrétion du lait et du pus s'amoindrit peu à peu, les seins finissent par se déterger et se cicatriser; mais il est, par malheur, impossible de modifier ainsi un des seins sans agir en même temps sur l'autre. Beaucoup de femmes ne consentent en pareil cas à priver l'enfant d'un mamelon qu'à la condition de pouvoir lui donner celui qui n'est pas malade. L'embarras est grand, comme on voit; aussi ai-je toujours pensé que pour prendre un parti utile, il convenait de se poser le dilemme suivant : sevrer l'enfant ou lui donner une autre nourrice, et attaquer franchement le mal par les moyens généraux et locaux ; ou bien continuer l'allaitement maternel avec le sein resté intact, et, dans ce cas, les moyens locaux seront seuls employés, vu que toute thérapeutique générale troublerait la sécrétion du côté sain aussi bien que du côté

malade ; mais il ne faut pas s'attendre alors à voir les abcès se dissiper promptement, ni être surpris de les voir se prolonger des mois entiers après que l'incision en a été pratiquée ou que l'ouverture s'en est effectuée. Le praticien doit même savoir que bon nombre de ces abcès durent de deux à trois mois, quoi qu'on fasse.

VELPEAU.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### CONSERVATION DES FRUITS PECTORAUX. — OBSERVATIONS PRATIQUES.

Les pharmaciens qui habitent la campagne sont forcés, par leur éloignement des grandes villes, d'avoir en magasin une certaine provision de médicaments. Malheureusement, parmi ces médicaments, il y en a de très-altérables ; aussi est-on forcé de chercher les moyens de remédier à cet inconvénient, sans nuire pour cela à l'action thérapeutique de la substance : les fruits pectoraux sont dans ce cas.

Si l'on ouvre une caisse de figues, de dattes ou de jujubes, on voit que l'air atmosphérique réagit sur ces fruits d'une manière fâcheuse, car en peu de temps les figues se couvrent de mites, des vers éclosent dans les dattes, et les jujubes se moisissent ou se dessèchent, à ce point qu'il ne reste que la peau et le noyau. Puis, l'altération continuant, ces fruits subissent la fermentation vineuse, acétique et putride ; alors leur décomposition devient complète et il faut les rejeter comme dangereux.

On prévient cette perte en suivant le procédé qu'a indiqué M. Viel pour la conservation du seigle ergoté. Il consiste à enfouir la substance entre deux couches de sucre blanc grossièrement pulvérisé.

Des fruits pectoraux peuvent être conservés d'une année à l'autre sans perdre aucune de leurs propriétés physiques et médicales ; seulement il faut avoir l'attention de fendre par moitié les figues et les dattes.

STANISLAS MARTIN.

### CIGARETTES PECTORALES D'ESPIC.

L'expiration du brevet qui protégeait la vente de cette préparation nous engage à mettre cette formule sous les yeux de nos lecteurs. L'emploi journalier de ces cigarettes réussit très-bien dans les cas d'asthme nerveux.

| | |
|---|---|
| Belladone......................... | 0,30 centigr. |
| Stramoine......................... | 0,15 centigr. |
| Jusquiame......................... | 0,15 centigr. |

| | |
|---|---|
| Phellandrie | 0,05 centigr. |
| Extrait d'opium | 0,013 milligr. |
| Eau de laurier-cerise | Q. S. |

Les feuilles, séchées avec soin et mondées de leurs nervures, seront hachées et mélangées exactement. L'opium sera dissous dans quantité suffisante d'eau de laurier-cerise, et le soluté réparti également sur la masse.

Le papier (brouillard) qui sert à confectionner les cigarettes est préalablement lavé avec le macératé des plantes ci-dessus décrites dans l'hydrolat de laurier-cerise, et séché convenablement.

Deux à quatre cigarettes par jour.

---

SULFATE DE FER ET DE POTASSE, DIT ALUN DE FER.

| | |
|---|---|
| Peroxye de fer. | 9 parties. |
| Acide sulfurique. | 14 parties. |
| Sulfate de potasse. | 10 parties. |
| Eau. | Q. S. |

On dissout l'oxyde de fer dans l'acide, on étend d'eau le mélange, on ajoute le sulfate de potasse, on évapore à pellicule, et on laisse cristalliser.

Ce produit est appelé *alun*, quoique ne contenant pas d'alumine, parce qu'il affecte la même forme cristalline et a la même constitution chimique que l'alun ordinaire.

Ce sel est un styptique énergique, qui cependant est à peine connu et employé.

Le *sel martial de Lagrésie*, que l'on prépare en unissant simplement le sulfate de fer à celui de potasse, est un produit analogue. Il a eu une très-grande vogue auprès des anciens praticiens.

---

CACHOU AROMATIQUE DIT DE BOLOGNE. PASTILLES DE CACHOU AROMATIQUES DES ITALIENS.

| | |
|---|---|
| Extrait de réglisse par infusion | 100 grammes. |
| Eau | 100 grammes. |

Faites fondre au bain-marie, et ajoutez :

| | |
|---|---|
| Cachou pulvérisé | 30 grammes. |
| Gomme pulvérisée | 30 grammes. |

Faites évaporer en consistance d'extrait, et alors incorporez les substances suivantes réduites en poudre très-fine.

| | |
|---|---|
| Mastic | 2 grammes. |
| Cascarille | 2 grammes. |

| | |
|---|---|
| Charbon...................... | 2 grammes. |
| Iris......................... | 2 grammes. |

Rapprochez la masse en consistance, retirez du feu et ajoutez encore :

| | |
|---|---|
| Huile volatile de menthe anglaise... | 2 grammes. |
| Teinture de musc............... | 5 gouttes. |
| Teinture d'ambre............... | 5 gouttes. |

Coulez sur un marbre huilé et étendez, à l'aide d'un rouleau, en plaque de l'épaisseur d'une pièce de 50 centimes. Lorsque la masse sera refroidie, frottez-la avec du papier sans colle, afin d'enlever complétement l'huile des deux surfaces; puis humectez celles-ci très-légèrement, étendez y des feuilles d'argent, laissez sécher, et enfin coupez la plaque d'abord en lanières très-étroites, puis ces lanières en carrés ou losanges très-menus.

Cette préparation, très en usage chez les fumeurs pour couvrir l'odeur du tabac, est aussi un stomachique et un carminatif d'une saveur fort agréable.

DÉCOCTION DE GENÊT COMPOSÉE.

| | |
|---|---|
| Sommités fraîches de genêt.. | 15 grammes. |
| Baies de genièvre......... | 15 grammes. |
| Racine de pissenlit........ | 15 grammes. |
| Eau...................... | 750 grammes. |

Faites réduire par ébullition à 500 grammes et passez. (Cette formule est tirée de la pharmacopée de Londres.)

La pharmacopée d'Edimbourg remplace la racine de pissenlit par de la crème de tartre.

Cette décoction est employée en Angleterre, comme diurétique, dans l'hydropisie; on la donne à la dose d'un verre, que l'on répète trois ou quatre fois dans la journée.

MORT-AUX-MOUCHES NON ARSENICALE.

L'interdiction de l'emploi des substances toxiques pour les préparations réclamées par les besoins hygiéniques nous engage à signaler un moyen très-employé en Suisse pour la destruction des mouches :

| | |
|---|---|
| Quassia amara.. | 8 grammes. |
| Eau.......... | 500 grammes. |
| Mélasse....... | 125 grammes. |

Faites bouillir le quassia avec l'eau, pendant dix minutes, passez et ajoutez la mélasse.

Les mouches se jettent sur cette préparation avec avidité et périssent promptement.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

### CONSULTATION MÉDICO-LÉGALE POUR UN CAS DE FRACTURE DE L'ÉPINE DE L'OMOPLATE, FAITE AU NOM DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Tous les jours, dans la pratique, un médecin est appelé à donner des soins à un malade qui, pour un motif quelconque, abandonne le médecin auquel il avait confié jusque-là le soin de sa santé. Rien de fréquent alors comme la critique, souvent injuste, des moyens thérapeutiques employés par le premier confrère. Des faits semblables se produisent quelquefois devant les tribunaux. Dans ce cas, au moins, l'accusation est faite au grand jour et la défense peut se produire, et elle le doit, car ce n'est pas seulement la considération du médecin qui est engagée, c'est l'intérêt de la vérité, celui de la science. Ce motif nous engage à prêter le concours de notre publicité à la détermination prise par la Société de chirurgie dans un fait de cet ordre dont elle vient d'être saisie. Voici dans quelles circonstances :

Le 23 mai dernier, un jeune homme de vingt-trois ans reçoit sur la joue un vigoureux soufflet, qui le renverse violemment à terre ; l'épaule droite porte sur le sol. Il se relève, peut mouvoir ses bras et les croiser sur sa poitrine ; mais le lendemain, les douleurs qu'il ressent dans l'épaule lui interdisent tout mouvement dans le bras correspondant. Le 25, M. le docteur Demeaux l'examine et constate l'existence d'une fracture de l'épine de l'omoplate, caractérisée par une vive douleur au siége de la lésion, de la crépitation, la mobilité du fragment acromial. Le déplacement était nul ; la rougeur et le gonflement peu prononcés. Notre confrère se contente de soutenir le bras avec une écharpe et de surveiller le malade. Après le premier examen, M. Demeaux, apprenant que cet accident avait eu lieu dans une rixe et qu'un procès pourrait intervenir, afin d'apporter dans son rapport toute la précision possible, jugea convenable de faire revenir le malade et, après avoir de nouveau constaté les signes de la fracture, il délivra un certificat : « Comme il n'y avait aucun déplacement, pour éviter d'ailleurs, dit M. Demeaux, de donner à cette lésion plus d'importance qu'elle n'en avait par l'étalage d'un appareil compliqué, et convaincu d'ailleurs de son inutilité, je me bornai à faire tenir le bras en écharpe et recommandai au malade de revenir dans deux jours, pour que je pusse m'assurer que rien n'était dérangé dans la disposition des os fracturés. » Le 27 mai, les signes de la fracture furent de nouveau constatés sans peine. M. Demeaux revit le malade plusieurs fois dans le courant des mois de mai et de juin ; tout alla pour le mieux.

Les choses en étaient là, lorsque deux confrères de la localité mirent en doute l'existence de la fracture. D'après le premier : « Une fracture de l'épine de l'omoplate, ne saurait avoir lieu qu'à la suite d'un coup de barre ou d'un coup d'arme à feu, et, d'ailleurs, avec une pareille lésion, tout mouvement du bras eût été impossible. » Le second confrère appelé par la partie adverse a été judiciairement chargé de visiter le blessé. Il a fait son examen le 30 juin, c'est-à-dire trente-huit jours après l'accident, et a déposé que « d'après la nature de la chute, attendu qu'il n'y avait ni ecchymose, ni engorgement, ni difformité, et qu'il n'avait pas été appliqué d'appareil convenable, il concluait que la fracture de l'épine n'avait jamais existé. »

La justice s'est prononcée et a adopté des conclusions en rapport avec les dépositions et l'opinion des deux contradicteurs de M. Demeaux. Appel a été fait de ce jugement, et un autre tribunal sera appelé à statuer définitivement sur ce débat.

Tel est, en résumé, l'exposé du fait sur lequel M. le docteur Demeaux invoquait les lumières de la Société de chirurgie, en la priant de répondre aux questions suivantes :

1° Une chute dans laquelle l'épaule porte sur le sol peut-elle déterminer une fracture de l'épine de l'omoplate ?

2° Avec une fracture de l'épine de l'omoplate, le malade peut-il exécuter des mouvements, croiser les bras, se livrer à un léger travail ?

3° Une écharpe est-elle suffisante pour guérir sans difformité une fracture de l'épine de l'omoplate, qui n'était compliquée d'aucun déplacement ?

4° De ce que, trente-huit jours après une chute sur l'épaule, on ne trouve ni ecchymose, ni engorgement, ni difformité, est-on autorisé à conclure qu'une fracture de l'épine n'a pas existé ?

Voici les réponses faites par la Commission nommée par la Société de chirurgie :

Messieurs, la Société de chirurgie ayant manifesté l'intention de n'intervenir dans cette discussion que d'une manière générale, et dans l'intérêt de la vérité, votre Commission se bornera strictement à vous soumettre les réponses qui lui ont paru devoir être adressées à chacune des questions posées par notre confrère.

1° A la première question : Il est certain qu'une chute sur l'épaule peut déterminer une fracture de l'épine de l'omoplate. L'exemple suivant en démontre la possibilité. Le 30 juin dernier, M. le professeur Velpeau a eu l'occasion rare d'observer une fracture de cette espèce ; le blessé était tombé à la renverse sur un talus, l'épaule gauche avait

porté sur le sol, et au même moment une vive douleur s'était fait ressentir dans cette région.

A l'observation directe on peut joindre les données fournies par l'induction. En effet, l'acromion, dont les fractures doivent survenir par le même mécanisme que celle de l'épine scapulaire, dont elle est la continuation, se fracture souvent à la suite de chutes sur le moignon de l'épaule : ce fait est connu de tous les praticiens.

2° A la deuxième question : Il n'est pas douteux qu'un blessé affecté de fracture de l'épine de l'omoplate ne puisse exercer des mouvements variés avec le membre correspondant, et même se livrer à un léger travail. En effet, ces fractures n'étant accompagnées d'aucun déplacement, et les fragments étant maintenus par les masses charnues des muscles sus et sous-épineux d'une part, et de l'autre par les aponévroses résistantes des muscles trapèze et deltoïde, les mouvements de l'épaule et du bras ne doivent être que médiocrement douloureux. Qui ne sait, d'ailleurs, que dans des conditions moins favorables, diverses fractures n'apportent qu'un faible obstacle à la mobilité des leviers osseux? Qui n'a vu des malades faire usage de leur membre après des fractures de la clavicule, de l'acromion, de l'humérus, du col du fémur, etc., etc.?

Du reste, l'observation directe se charge de répondre péremptoirement à la question qui nous est adressée : en effet, chez le malade observé par M. Velpeau, tous les mouvements du bras étaient possibles; mais seulement ils étaient gênés et douloureux.

3° A la troisième question : L'emploi d'une simple écharpe est suffisant pour permettre la consolidation des fractures de l'épine de l'omoplate; c'est même à ce moyen que se bornent la plupart des praticiens de nos jours. Il n'existe, en effet, dans cette espèce de fracture aucun déplacement à prévenir ou à combattre, et la seule indication est de placer le bras dans le repos;

4° A la quatrième et dernière question : La manifestation de l'ecchymose dans les fractures varie beaucoup trop pour être un signe de quelque valeur dans le diagnostic de ces lésions; l'épine de l'omoplate, en particulier, étant recouverte par les aponévroses des muscles trapèze et deltoïde, ces plans fibreux demeurés intacts, ainsi que l'aponévrose sous-épineuse, ne doivent-ils pas empêcher le sang épanché autour du foyer de la fracture, de pénétrer dans le tissu cellulaire sous-cutané?

Mais si l'absence de l'ecchymose, même après une chute récente sur l'épaule, n'autorise point à nier l'existence d'une paralysie de l'épine de l'omoplate, à plus forte raison, l'absence de ce symptôme au bout

de trente-huit jours ne saurait-elle permettre une pareille conclusion. En effet, l'ecchymose est un phénomène essentiellement temporaire ; et en supposant qu'elle eût existé primitivement, trente-huit jours sur un sujet jeune ne sont-ils pas plus que suffisants pour faire résorber le sang infiltré dans le tissu cellulaire?

L'absence de difformité et d'engorgement, au bout de trente-huit jours, n'autorisent pas plus que l'absence d'ecchymose à conclure qu'une fracture de l'omoplate n'a point existé; en effet, il ne saurait y avoir de difformité à la suite d'une fracture qui n'a donné lieu à aucun déplacement. Quant à l'engorgement, il est aujourd'hui bien avéré que lorsque les fragments d'une fracture sont restés en contact, le périoste qui les avoisine n'est le siége d'aucun épaississement, d'aucune induration, en un mot d'aucune saillie appréciable, et capable surtout de révéler à travers les parties molles l'existence d'une solution de continuité.

Telles sont, messieurs, les réponses que votre Commission vous pro- propose de faire aux diverses questions posées par M. le docteur Demeaux.

Denonvilliers, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Hipp. Larrey, chirurgien en chef de l'hôpital d'instruction du Val-de-Grâce, membre de l'Académie de médecine.

Robert, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Beaujon, *rapporteur*.

## BIBLIOGRAPHIE.

*Eléments de pathologie médicale*, par A.-P. Requin, professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié, chevalier de la Légion-d'Honneur, secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux, président de la Société de médecine de Paris, etc., etc. Tome III. Chez Germer-Baillière.

Un confrère, homme fort judicieux et fort au courant des choses de la médecine, m'écrivait, il y a quelques jours, ce qui suit : « M. Requin a des prétentions à remplacer dans sa chaire de clinique, à l'Hôtel-Dieu, son maître, M. Chomel, dont la démission est acceptée, tacitement du moins, puisque son nom a disparu du tableau des professeurs inscrits sur la première feuille des thèses. M. Requin appartient à la vieille école scolastique : il fera un excellent professeur de pathologie ; pour l'enseignement clinique, ce serait autre chose. Ce n'est pas seulement de la discussion des opinions, de l'exposition des méthodes qu'il

s'agit alors : cette disposition particulière de l'esprit s'oppose même à l'observation des malades : on formule les traitements en vue d'infirmer certaines théories, plutôt que de mettre en relief les enseignements légués par la tradition. » Nous n'avons pas hésité à reproduire ce fragment, parce qu'il nous paraît tout à fait fondé. M. Requin a sérieusement étudié le passé de la science ; il en sait même mieux la lettre que l'esprit, tant il incline naturellement à l'érudition. Rien qu'à la façon dont il compose ses livres, au soin qu'il apporte à la nomenclature nosographique, à ses minuties étymologiques, on reconnaît le caractère de l'homme, le bénédictin de la médecine. Tout cela est bon dans une certaine mesure, mais rien que dans cette mesure : au delà de cette limite, qu'il est difficile de poser, ce soin des petites choses, *cura minorum*, devient simple jeu de l'esprit et conduit à puériliser la science.

Sur cette même pente, M. Requin a encore un travers dont il se vante avec une inimitable modestie, c'est celui de savoir le grec. Certainement c'est une bonne chose que de savoir le grec, et de pouvoir citer un passage d'Hippocrate ou de Galien, comme on dirait son *Pater noster;* mais évidemment ce n'est pas tout. Je sais même un homme, qui s'appelait Paul-Louis Courier, qui se défendait comme un diable d'être helléniste, bien qu'il sût passablement le grec, ainsi que chacun le sait. Il ne voulait pas qu'on dît de lui qu'il était helléniste, comme on dit d'autres qu'ils sont dentistes, herboristes ou droguistes. Je suis sûr que M. Requin ne comprend pas ce scrupule ; c'est qu'il est trop né professeur ; il y a là le défaut d'une qualité excessive.

Nous serions désespéré qu'on vît là un simple persiflage ; et comme il s'agit ici d'un homme dont nous estimons à la fois et le talent et le caractère, nous allons justifier de suite ce que nous venons de dire. M. Requin traite quelque part de la *phlegmasie alba dolens :* en présence de ce mot, ce ne sont pas les difficultés de la chose qui le frappent, c'est l'irrégularité de l'appellation : une inflammation blanche, passe encore; mais *dolens? Est-ce qu'une phlegmasie* n'est pas toujours dolente? Donc, il faut changer cela ; il faut donc, comme d'autres scrupuleux l'ont dit déjà d'ailleurs, *phlegmatie*. Quant à nous, nous ne nous y opposons pas : mais pourquoi, quand on a ainsi commencé, conclure comme il suit? « La *phlegmatie* alba dolens n'est essentiellement, protopathiquement (remarquez ce mot, il n'y a qu'en Béotie qu'on a pu parler un pareil grec), rien autre chose qu'une espèce particulière d'*inflammation* du tissu cellulaire, une inflammation exhalante; en un mot, une hydrophlegmasie. » Vous le voyez, le mot est lâché, c'est une hydrophlegmasie, c'est une inflammation particulière ; donc, le mot de phlegmasie alba dolens n'est déjà pas si mal trouvé.

Et d'ailleurs, dans la pensée de l'auteur, puisqu'il y a inflammation, il faut le terme qui exprime cet état morbide, et non celui qui signifie toute autre chose. Mais c'est peccadille que cela, pénétrons plus avant dans le livre du savant professeur, et après l'avoir un peu taquiné, rendons-lui la justice que mérite son travail sérieux.

Nous n'avons pas eu occasion de parler du deuxième volume des Eléments de Pathologie médicale, nous croyons devoir en dire un mot. L'auteur termine ici les classes des phlegmasies proprement dites, et traite ensuite et successsivement des hypertrophies, des atrophies, des gangrènes, des maladies tuberculeuses, cancéreuses, des hydropisies, des flux, des pneumatoses et des vices organiques divers. Ce serait nous embarquer dans une étude rétrospective inutile, nous devons le croire, que de suivre M. Requin dans cette partie difficile de son œuvre laborieuse. Toutefois, nous ne pouvons nous empêcher de relever une erreur grave, qui se rattache à une des classes de maladies dont il vient d'être question, et que nous avons été étonné de rencontrer sous la plume d'un médecin aussi habile que le savant professeur de pathologie de la Faculté de médecine de Paris, nous voulons parler de la dyssenterie. M. Requin professe, au sujet de cette maladie, si nettement caractérisée, à physionomie si spéciale, que quand elle règne d'une manière épidémique, et quand elle revêt un caractère de haute gravité, elle n'est autre chose qu'une fièvre typhoïde ou un typhus épidémique. Certainement M. Requin n'a jamais observé une épidémie de ce genre; car sans cela il ne serait pas tombé dans une semblable hérésie. Le typhus, dans certaines conditions déterminées, peut, sans doute, venir s'ajouter comme complication à une épidémie de dyssenterie; mais il n'est pas plus la dyssenterie que la péritonite très-aiguë qui succède à une perforation intestinale, dans une fièvre typhoïde, n'est la fièvre typhoïde. En dehors de ce cas tout exceptionnel, la dyssenterie est une maladie nettement dessinée, qui a sa physionomie à part, son traitement à part, et qui n'a aucun lien de parenté avec le typhus ou la fièvre typhoïde. Si nous avons signalé cette erreur, c'est pour que M. Requin la fasse quelque jour disparaître de son livre, et surtout pour qu'il ne la propage pas du haut de sa chaire, dans son enseignement officiel. La preuve de ceci serait trop longue à administrer; nous le renverrons sur ce point à tout ce qui a été écrit là-dessus par les auteurs contemporains, Fallot, Pidoux, etc.; nous-même avons dans nos cartons des notes qui tranchent nettement la question, et que nous lui communiquerions volontiers s'il le désirait.

Mais il s'agit ici exclusivement du troisième volume des Éléments de pathologie médicale; abordons-le enfin.

Nous passerons sous silence les considérations préliminaires qui ont trait à la question de savoir jusqu'à quel point la classification des maladies peut être fondée sur l'étiologie. Pour notre compte, nous pensons que si une telle classification était possible, elle serait la meilleure, car elle impliquerait immédiatement la thérapeutique ; mais nous croyons que, dans l'état actuel de la science, elle est impossible. Non certes qu'on doive négliger les causes, mais on ne les doit admettre que sur la foi d'une rigoureuse démonstration, et cette démonstration manque à chaque pas que l'on fait dans cette voie. Comblez cette lacune, si vous le pouvez, mais n'y substituez pas une hypothèse, car celle-ci y réussit encore moins. Après ces considérations, peu étendues du reste, M. Requin arrive à l'histoire des maladies qu'appelle ici l'ordre de classification qu'il a adopté. Ces maladies, ou, pour parler son langage, ces familles nosographiques sont les suivantes : Empoisonnements proprement dits ; les maladies calculeuses dont l'étiologie est moins nette, les maladies cutanées par parasitisme, les maladies vermineuses, que l'auteur propose de désigner sous le terme générique d'helminthiase ; les maladies tendant à l'anéantissement de la vie par l'influence de causes négatives, telles que l'inanition alimentaire, l'inanition aqueuse, les diverses asphyxies ; puis les affections par inoculation d'un venin, les affections paludéennes, les maladies incontestablement virulentes, telles que la syphilis, la rage, la variole, le typhus, et les maladies puerpérales. Enfin quelques endémies à physionomie spéciale, et les grandes épidémies viennent terminer le cadre immense et si plein d'intérêt de ce troisième et avant-dernier volume.

On ne s'attend pas sans doute à ce que nous suivions l'auteur dans la discussion des nombreuses questions que soulève cette partie la plus difficile de la pathologie, ce serait refaire son œuvre, et, à coup sûr, beaucoup moins bien que lui : nous ne pouvons cependant nous dispenser de consigner ici quelques remarques. Disons d'abord un mot d'une innovation heureuse que M. Requin a introduite dans sa pathologie, nous voulons parler du long chapitre de son livre qu'il a consacré à l'étude de l'empoisonnement. Alors même que le médecin emploie dans des conditions telles qu'il n'a jamais occasion de s'occuper de l'empoisonnement dans ses rapports avec la médecine légale, nombreuses sont les occasions où il peut être appelé à administrer les secours de l'art aux malheureuses victimes de la vengeance ou d'un coupable désespoir : comment, dans ces cas, accomplira-t-il sa difficile mission, s'il ne connaît la symptomatologie de cette pathologie spéciale, s'il ignore la thérapeutique également spéciale que commande cette pathologie ? Cette partie de la science doit d'autant plus être con-

nue, qu'ici la marche de la maladie est plus rapide et qu'elle appelle des secours plus immédiats. Sans doute, M. Requin n'a pu traiter que brièvement les questions nombreuses qui se rattachent à la toxicologie, mais ce qu'il en a dit est suffisant pour diriger le médecin et assurer aux malades les soins qu'ils ont le droit d'attendre de l'homme qui se pose au milieu des populations avec le titre honorable de médecin. C'est là, nous le répétons, une innovation heureuse, et qui recommande d'une manière particulière le livre du savant professeur à l'attention du monde médical.

Les affections paludéennes ont été largement traitées dans l'ouvrage de M. le professeur Requin. L'auteur a envisagé cette question sous toutes ses faces, et n'a laissé aucune idée sérieuse, émise à ce sujet, en dessous de sa lumineuse discussion. C'est ainsi qu'il a d'abord commencé par étudier la question de cette intoxication spéciale d'une manière générale ; et puis, descendant dans les détails, il l'a suivie dans ses multiples manifestations au sein de l'organisme vivant. Que la maladie se montre sous la forme franchement intermittente, sous la forme larvée, ou pernicieuse ; qu'elle se produise sous la forme rémittente ou pseudo-continue, M. Requin démontre là partout son identité, et pose les bases de la thérapeutique la plus rationnelle. Nous n'avons remarqué qu'une seule lacune grave dans cette importante monographie, c'est la nécessité de l'émigration, nous ne disons pas au milieu des marais Pontins, mais dans les conditions fréquentes où se rencontre la fièvre intermittente réfractaire. Il est incontestable que nombre de fièvres intermittentes réfractaires ou à répétition qui se perpétuent à Paris, ou à Lyon, guérissent rapidement par le seul fait d'un changement de lieu. C'est que changer ainsi de lieu, c'est changer d'habitudes, de sensations, de régime, c'est toute une thérapeutique.

C'est encore une heureuse innovation que d'avoir placé l'inanition dans un cadre nosologique, et M. Requin l'a fait. Seulement, nous regrettons ici une chose, c'est que M. Requin n'ait pas envisagé cette intéressante question d'un point de vue plus élevé, et à la fois plus pratique. Si de fortune on rencontre un homme qui meurt de faim, on trouve dans l'ouvrage les symptômes par lesquels cet état insolite se révèle. Mais heureusement cela est extrêmement rare : ce qui l'est moins, ce sont les effets de la diète excessive, soit dans les maladies aiguës, soit dans les maladies chroniques même, et nous aurions désiré que le professeur de la Faculté de médecine traitât un peu cette question. Les élèves surtout ont besoin d'être édifiés là-dessus : quand ils abordent pour la première fois la pratique, ils tendent pres-

que tons à exagérer la diète, et cela a quelquefois des conséquences désastreuses. Notre regrettable maître à tous, M. Récamier, nous a une ou deux fois tancé là-dessus, et, je l'avoue, non sans quelque raison.

Je m'arrête ici; je remarque que je tourne un peu moi-même au professeur, et en vérité, c'est sans aucune prétention d'en usurper le moindre privilége. Si M. Requin me reconnaît à travers ces pages peu diaphanes et écrites au courant de la plume, je suis sûr qu'il me pardonnera ma critique un peu magistrale en faveur de mon respect sincère pour l'autorité professorale.

M. Requin est trop haut placé pour qu'on lui adresse de ces louanges banales, dont se contente *un pauvre électeur de Saxe* (1), qui d'aventure commet un livre; la critique est ici nécessaire pour que l'éloge vaille, elle en garantit l'indépendance.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

*Un mot sur la constitution médicale régnante.* — Si nous ne revenons pas plus souvent sur les constitutions médicales régnantes, c'est que le plus ordinairement ces constitutions se renferment dans le cercle des constitutions saisonnières. Que pourrions-nous apprendre à nos lecteurs en leur disant qu'en hiver il règne des maladies inflammatoires de l'appareil respiratoire; qu'au printemps on observe, avec ces mêmes affections, des fièvres éruptives; que l'été est marqué par des affections abdominales bilieuses et cholériformes; que l'automne est fertile en dyssenteries et en fièvres intermittentes? En revanche, toutes les fois que ces groupes nosologiques s'écartent notablement de leur ordre et de leur régularité habituels, toutes les fois surtout que la prédominance d'une de ces maladies saisonnières, ou que l'apparition inattendue d'une autre affection fait surgir des indications thérapeutiques nouvelles, nous n'hésitons pas à consacrer à l'étude des constitutions médicales régnantes toute l'attention qu'elles méritent, principalement au point de vue du traitement.

Nous parlions dernièrement de la fréquence des diarrhées et de la facilité avec laquelle elles prenaient, dans certains cas, l'aspect cholériforme; mais en même temps nous faisions remarquer que ces diarrhées

(1) Je tiens ce nom de mon pauvre ami, Husson fils, qui désigna ainsi le médecin de Paris qui fait pédestrement ses visites, et qui *choisit les pavés* sur lesquels il marche, pour ne pas compromettre ses bottes cirées ou ses souliers vernis.

cédaient, avec la plus grande facilité, aux opiacés et au sous-nitrate de bismuth. C'est la dyssenterie qui a remplacé maintenant les diarrhées : quelquefois cependant elle se mélange avec ces dernières. Mais, ce qui est remarquable dans ces dyssenteries, c'est la vivacité de la douleur abdominale qui, se circonscrivant dans l'une ou l'autre fosse iliaque, et s'accompagnant d'une résistance marquée à ce niveau, a pu faire croire, dans quelques cas, à la formation d'un phlegmon dans cette région. Tantôt le ventre est tendu, douloureux, surtout dans la station debout, très-sensible au toucher; les lavements entiers sont gardés difficilement et rendus avec de vives douleurs ; tantôt le ventre est rétracté, et des tranchées pénibles accompagnent la circulation des gaz, ou les évacuations de quelques cuillerées de matières liquides.

Dans les cas légers, ces dyssenteries cèdent merveilleusement aux moyens ordinaires, aux opiacés, aux calmants, etc. ; mais, plus intenses, nous les avons vu combattre et nous les avons combattues nous-même avec grand succès par l'ipécacuanha. L'intensité de la douleur accusée par certains malades nous a fourni l'occasion de mettre en usage les applications topiques de chloroforme sur l'abdomen, et nous avons été frappé des effets remarquables qui en résultent. Le soulagement est tel que le ventre peut être palpé en tous sens ; et c'est à la suite de ces applications que nous avons constaté que cette tuméfaction que l'on sentait dans la fosse iliaque, en certains cas, n'était en réalité que le fait de la résistance des plans musculaires de l'abdomen contractés par la douleur.

Nous signalerons, en terminant, la fréquence très-grande de la fièvre typhoïde en ce moment, le plus ordinairement légère, sous la forme abdominale, et ne réclamant d'autres moyens de traitement que quelques antiphlogistiques au début, et quelques délayants. Après une application de six à huit sangsues à l'anus, des cataplasmes, des lavements, un bain, et, dans quelques cas, une bouteille d'eau de Sedlitz, nous avons vu constamment la langue s'humecter, la face devenir meilleure, le malade demander à manger, et entrer en pleine convalescence à la fin du deuxième ou du troisième septénaire.

---

*Un mot sur les scarifications des bourrelets dans l'angine laryngée œdémateuse; instruments nouveaux proposés pour cette opération.* —Si nous sommes revenu à diverses reprises, dans ce journal, sur les scarifications des bourrelets œdémateux dans l'angine infiltro-laryngée, c'est qu'à nos yeux cette opération non-seulement fournit, dans quelques cas, un moyen réellement curatif, secondé qu'elle peut être par l'emploi d'autres agents de traitement, mais encore offre une res-

source précieuse en cas de mort imminente par suffocation, en rendant la respiration moins difficile et en donnant le temps de recourir à la bronchotomie. Sans entrer dans de grands détails relativement aux indications et aux contre-indications de cette opération (1), nous nous bornerons à faire remarquer, avec M. Sestier, que les scarifications peuvent rendre les plus grands services dans les cas où l'angine laryngée œdémateuse dépend d'un obstacle à la circulation veineuse, ayant son siége sur les grosses veines du cou ou au cœur lui-même, d'une anasarque consécutive à la scarlatine, à la miliaire, d'une cachexie séreuse, survenue à la suite de fièvres intermittentes répétées, d'affection scorbutique ou cancéreuse; bref, toutes les fois que l'œdème laryngé est passif ou voisin de cet état. Moins utiles si l'angine œdémateuse est liée à une inflammation aiguë, mais légère de l'arrière-bouche et du larynx, à une laryngite chronique, à une laryngite nécrosique aiguë, elles n'offrent que très-peu de chances de succès si l'angine est sous la dépendance d'une violente inflammation de la gorge; car, sans parler des difficultés que l'on rencontre à pratiquer l'opération, c'est surtout dans cette forme de maladie que le liquide infiltré reste comme adhérent au tissu cellulaire. Il résulte également des recherches de M. Sestier que les scarifications sont, en général, d'une grande utilité dans le cas d'angine œdémateuse chez des individus déjà profondément débilités; elles sont alors d'autant plus utiles que, par elles-mêmes, elles ne peuvent augmenter la faiblesse des malades, faiblesse qui contribue le plus à faire échouer la bronchotomie.

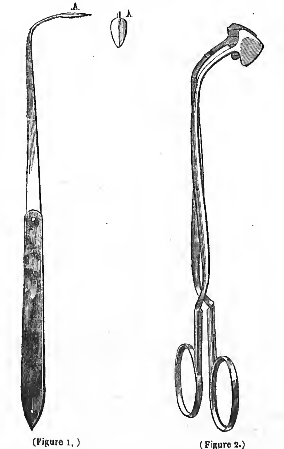
Les difficultés que présente cette opération ont engagé plusieurs chirurgiens à proposer des instruments particuliers. Nous avons parlé de ceux de M. Gordon-Buck, et nous les avons même fait graver. A son tour, M. Sestier propose deux instruments que nous représentons réduits aux deux tiers environ de leurs dimensions naturelles.

Le premier (*fig.* 1), qu'il appelle *scarificateur à feuille de myrte*, offre une tige fixée sur un manche, et dont l'extrémité recourbée se termine, dans le sens de sa courbure, par une lame à feuille de myrte, coupant latéralement. Cette lame, introduite dans l'orifice supérieur du larynx, peut agir dans certains cas et du même coup sur les deux bourrelets; elle sert également à scarifier l'épiglotte et les replis glosso-épiglottiques.

(1) Toutes ces questions importantes se trouvent largement discutées dans le savant Traité de l'angine laryngée œdémateuse que vient de publier M. Sestier; nous y renvoyons, pour plus de détails, ceux de nos lecteurs qui aiment à se tenir au courant des progrès de la science.

(*Note du rédacteur en chef.*)

Le second instrument (*fig.* 2), auquel ce médecin donne le nom de *presso-scarificateur*, est une pince à branches entre-croisées, dont chaque extrémité, courbée sous un angle légèrement obtus, est munie d'un mors triangulaire à angles mousses, forme qui est celle des ligaments aryténo-épiglottiques ; à la face interne de chaque mors existent quatre petites lames d'une ligne environ de saillie, et dentelées pour agir aussi bien en ponctionnant qu'en incisant. Les lames d'un côté alter-




(Figure 1.) (Figure 2.)

nent avec celles du côté opposé. Une saillie, placée dans le voisinage du mors, les maintient fixement à une petite distance l'une de l'autre, et s'oppose à ce que les ligaments soient percés ou incisés de part en part.

Pour se servir du presso-scarificateur, le malade étant placé en face

d'une fenêtre, la tête reposant sur un oreiller, ou mieux sur la poitrine d'un aide, les mâchoires étant largement écartées et maintenues, même à l'aide d'un coin de bois ou de liége, l'opérateur place l'indicateur gauche exactement sur la ligne médiane de la base de la langue, qu'il déprime fortement ; puis l'instrument est introduit fermé ; son extrémité contourne et dépasse l'épiglotte ; alors, ramenant les mors à la verticale, on entr'ouvre la pince, et, en se guidant sur l'indicateur gauche et sur les rapports des parties entre elles, on introduit l'un des mors dans l'orifice supérieur du larynx, et l'on ferme la pince plus ou moins, selon l'épaisseur et la résistance du tissu infiltré ; ces deux derniers temps de l'opération doivent être promptement exécutés ; puis, s'il y a lieu, on passe à l'autre bourrelet.

A l'aide du presso-scarificateur, dit M. Sestier, on pratique plusieurs incisions qui portent sur toute la hauteur et la largeur des bourrelets, qui sont distantes les unes des autres et à distance connue, assez profondes et portant à la fois sur les faces externe et interne du bourrelet. On exerce ainsi une pression plus ou moins forte à la fois sur les deux côtés du bourrelet, au moment même où il est incisé. Dans toute opération sur le sommet du larynx, une grande promptitude est de haute importance ; avec le presso-scarificateur on pratique en un instant plusieurs incisions et la compression ; on ne court point le risque d'intéresser d'autres parties que l'épiglotte et les replis arytino-épiglottiques ; on n'est pas non plus exposé, vu la présence de la saillie, à percer de part en part ces organes ; aucune hémorrhagie grave n'est à redouter.

Tels sont les avantages que M. Sestier reconnaît à son instrument, avantages, nous devons le dire, plutôt appuyés sur le raisonnement que sur l'expérience, car nous ne croyons pas que son auteur même ait eu l'occasion d'en faire usage. Nous ne terminerons pas cependant cet article sans ajouter que, pour combattre une maladie aussi redoutable et aussi insidieuse, il serait d'une haute imprudence de se fier à l'action d'un seul moyen, alors même qu'on verrait son emploi immédiatement suivi d'une amélioration très-notable. En conséquence, après avoir pratiqué la scarification des bourrelets, dût-on les renouveler dans un temps très-court, on devra mettre en usage les divers agents qui conviennent à chaque variété de l'affection.

# RÉPERTOIRE MÉDICAL.

**HÉMORRHOIDES ASTHÉNIQUES** *avec chute de la muqueuse rectale* (*Utilité des galbules de cyprès dans les*). L'usage des galbules ou noix de cyprès, que l'on trouve à peine indiqué dans les formulaires modernes, était préconisé par les auteurs anciens, à cause de l'astringence prononcée de cette substance contre diverses affections asthéniques. Quelques-uns même en avaient fait une sorte de panacée, ce qui n'a peut-être pas peu contribué à les faire tomber en désuétude. Quoi qu'il en soit, la saveur amère, astringente et résineuse de ce fruit, riche en tannin et en acide gallique, semblait devoir suffire pour rappeler sur lui l'attention. C'est ce qui a conduit M. le docteur Sère, de Muret, à l'employer dans plusieurs cas de tumeurs hémorrhoïdales et de collapsus du rectum, ce qu'il assure avoir fait avec succès. Voici un fait dont le résultat justifie pleinement cette tentative :

Une personne de cinquante-deux ans, à la suite d'un grand chagrin, avait pris l'habitude de n'accomplir l'acte de défécation qu'incomplétement et en lui consacrant un certain temps seulement. Cette mauvaise habitude finit par déterminer d'abord une constipation opiniâtre, puis de nombreuses tumeurs hémorrhoïdales, et enfin la chute d'une portion de la tunique interne du rectum.

Appelé pour traiter ce dernier accident, M. Sère constata qu'une portion de 4 à 5 centimètres de la muqueuse rectale s'échappait à travers l'anus, et qu'une série de marisques en couronnait l'orifice. Après avoir obtenu la réduction, prenant en considération le tempéramont du malade, sa sobriété et l'impression incessante d'un chagrin qui durait toujours, il pensa que la maladie était essentiellement asthénique et tout à fait locale. Il prescrivit, en conséquence, une alimentation douce et restaurante; localement, le jour, des bains et des fumigations avec une forte infusion de galbules de cyprès concassés, et la nuit, un cataplasme de ces mêmes galbules bien broyés. Sous l'influence de ce traitement, les tumeurs hémorrhoïdales ne tardèrent pas à se flétrir, quelques-unes même disparurent entièrement; la muqueuse rectale finit par ne plus céder aux efforts de la défécation. Bref, après deux mois de traitement, le malade se trouva complétement guéri. (*Revue méd.-chir.*, août.)

---

**LUXATION** *de l'os maxillaire inférieur, réduite à l'aide du dilatateur de Stromeyer*. Si rien n'est plus aisé que de réduire une luxation récente de l'os maxillaire, rien n'est plus difficile peut-être que d'opérer cette réduction dans la luxation ancienne. D'un autre côté, la facilité même avec laquelle s'obtient la réduction, immédiatement après l'accident, rend très-rares les occasions d'observer la luxation ancienne de cet os. C'est sur ce double motif que repose l'intérêt du fait suivant : F. A., âgée de vingt-huit ans, en voulant mordre sur une poire, éprouva une vive douleur dans l'articulation de l'os maxillaire inférieur, et resta dans l'impossibilité de fermer la bouche et de mettre en contact les arcades dentaires; l'inférieure faisait une saillie considérable en avant de la supérieure. Des médecins consultés ayant méconnu la luxation (chose presque inouïe, vu l'extrême facilité du diagnostic), se bornèrent à prescrire des applications de cataplasmes et de pommades. Deux mois se passèrent ainsi en soins inutiles et, comme bien on pense, complétement infructueux. Ce fut alors que cette femme alla consulter M. Pamard, d'Avignon. Si le diagnostic était facile, il n'en était pas de même de la réduction, d'autant que le chirurgien était dépourvu d'une ressource précieuse en pareil cas, le dilatateur de Stromeyer.

Après avoir soumis la malade aux inhalations de chloroforme, on essaya vainement, soit avec les mains, soit à l'aide d'une forte pince à mors plats, d'obtenir l'éloignement de la partie postérieure des arcades dentaires et l'abaissement de l'os maxillaire; il fallut y renoncer. La malade fut dirigée sur l'hôpital de Montpellier et adressée à M. le professeur Bonisson, qui, dès le premier jour, essaya vainement la réduction à l'aide des mains et des moyens ordinaires. Le lendemain, après avoir chloroformisé la malade, de manière à la plonger dans une anesthésie complète, le dilatateur de Stromeyer

fut introduit entre les arcades dentaires, dont on obtint avec assez de facilité l'éloignement; on put donc ramener l'os dans sa position normale, sans que la malade eût conscience de l'opération qu'elle subissait. Lorsqu'elle fut revenue de son sommeil chloroformique, elle put remuer la mâchoire, tout en conservant encore de la gêne dans les mouvements, surtout dans celui de constriction; elle éprouvait une douleur marquée dans le point correspondant à l'articulation temporo-maxillaire. Ces accidents se dissipèrent pourtant avec assez de rapidité, et, huit jours après, la malade revint à Avignon, parfaitement guérie. (*Revue méd.-chir.*, août.)

---

**MAL DE VERS** *ou de bassine.* — *Symptomatologie et traitement.* On désigne sous ce nom une affection spéciale aux ouvrières qui se livrent à la filature de la soie. Le *mal de vers* consiste en une éruption vésiculo-pustuleuse des doigts, du dos et de la paume de la main. Cette éruption débute à la naissance des doigts, dans leur intervalle entre la première et la deuxième phalange, quelquefois même sur le dos et dans les plis de la main. M. Potton, de Lyon, qui, le premier, vient d'en faire connaître l'histoire complète, y distingue trois périodes. Une démangeaison, suivie d'une teinte érythémateuse semblable à celle de l'érysipèle, en marque le début. Puis survient du gonflement, accompagné de chaleur âcre, et d'une vive douleur. La peau se couvre de marbrures, de plaques brunâtres; l'épiderme se soulève, on voit surgir d'abord une éruption miliaire, de petites vésicules qui s'accroissent, se remplissent d'un liquide clair et transparent qui se trouble ensuite, s'épaissit et devient visqueux. Les mouvements, devenus pénibles, ont pour résultat de faire crever les vésicules. La deuxième période s'annonce alors par la transformation des vésicules en pustules. Tout exercice des organes affectés occasionne, dès ce moment, des souffrances très-aiguës. L'éruption arrive à son apogée du cinquième au sixième jour environ. Lorsque les pustules sont arrivées à terme, avant même que le pus soit évacué ou desséché, toutes les souffrances cessent.

Chez certains sujets et dans quelques circonstances, le mal de vers revêt des formes plus graves. Parfois dès que les pustules se développent, sans qu'elles soient confluentes, l'inflammation pénètre plus profondément, toute la peau est altérée dans les points compromis et à l'entour; le tissu cellulaire sous-cutané est envahi, le gonflement devient énorme, les doigts, la main sont déformés, une tuméfaction œdémateuse se prolonge au poignet, à l'avant-bras lui-même; ses vaisseaux lymphatiques, ses ganglions, les glandes de l'aisselle s'engorgent et s'endolorissent; dès le cinquième ou sixième jour, on voit apparaître de petits phlegmons arrondis, circonscrits, pour l'ordinaire situés sous les pustules; la peau est violacée, la fluctuation manifeste; il y a fièvre locale intense, et enfin tous les symptômes d'une réaction générale. Du huitième au dixième jour, l'érosion de la peau donne issue au pus sous-jacent, soit par les pustules, soit à proximité dans un autre point. Dès cet instant, un bien-être immédiat se produit, la phlogose se dissipe; après dix-huit ou vingt jours la guérison est parfaite.

Cette affection n'est autrement grave que par les douleurs et les chômages qu'elle entraîne. Elle n'en réclame pas moins les secours de l'art. Voici, à l'égard du traitement, les préceptes formulés par M. Potton.

Si, lorsque les premiers symptômes, la rougeur, le prurit se manifestent, on fait immédiatement suspendre le travail, les symptômes du premier degré (miliaire, vésicules) ne se produisent pas ou avortent; mais sitôt que l'ouvrière rentre à la fabrique, elle voit les accidents se reproduire. Il n'y a aucun remède à faire jusqu'au développement des pustules. Mais à la deuxième période, il importe de modérer les désordres locaux sans les supprimer trop brusquement, afin d'en éviter le retour. M. Potton prescrit, dans ce but, l'usage des toniques légers, des bains dans les décoctions de plantes aromatiques, de feuilles de noyer, de ronces ou d'écorce de chêne; des maniluves dans le miel rosat étendu d'eau. Il conseille, en outre, de maintenir, pendant la nuit, sur les organes affectés une solution d'alun, de sulfate de fer, de sulfate de cuivre ammoniacal, de sulfate de zinc, etc.

Lorsque tous les signes du troisième degré ou de la troisième pé-

riode subsistent, les bains, les fomentations avec les divers liquides indiqués plus haut, sont indispensables. Les cataplasmes avec la camomille, le quinquina, le camphre procurent du soulagement. Le froid, qui calme dans la première période, est ici une cause de prolongation des souffrances. C'est seulement lorsque les pustules sont ouvertes que les pommades avec le tannin, l'acétate de plomb, deviennent utiles. Des cautérisations rapides, superficielles avec l'azotate d'argent, sont encore, à cette époque, d'un précieux secours. Lorsque les petits dépôts sous-cutanés tardent à s'abcéder, lorsque l'œdème de la main et du bras est prononcé, on active la résolution par les bains dans le vin aromatique, très-affaibli dans la solution d'eau blanche laudanisée. Sous l'empire de ces divers moyens, on voit disparaître, avec une extrême rapidité, tous les désordres. Le seul symptôme qui persiste pendant quelques jours est une démangeaison assez vive. On la diminue par les bains et les lotions acidulés, des frictions sèches sur la main, sur le trajet des lymphatiques, des embrocations avec les huiles; les baumes légèrement excitants viennent activer la résolution. Enfin, pour combattre les symptômes généraux, M. Potton a recours aux boissons acidulées gazeuses, aux laxatifs, aux infusions aromatiques ou amères, suivant la constitution individuelle des sujets ou les phénomènes prédominants.

Les praticiens qui exercent au milieu des populations du midi de la France, où la filature de la soie s'exerce sur une grande échelle, nous sauront gré de leur avoir exposé le résultat des observations et de l'expérience d'un médecin qui, par sa position au centre même de cette grande industrie, était mieux que tout autre à même d'étudier la symptomatologie et le traitement de la maladie spéciale à ce genre de profession. (*Journ. des Con. médico-chirurg.*, septembre.)

---

**NÉPHRITE ALBUMINEUSE** *chez un enfant, guérie par l'application répétée de vésicatoires sur la région des reins.* La néphrite albumineuse de forme chronique est une affection tellement grave, et qui fait à un tel point le désespoir du thérapeutiste, que nous croyons utile de donner de la publicité au fait suivant, qui semble témoigner des bons résultats que l'on pourrait obtenir de l'application répétée des vésicatoires sur la région rénale dans cette maladie. Ce n'est pas sans doute la première fois que les vésicatoires ont été employés dans cette affection, et M. Rayer a même conseillé la teinture de cantharides à l'intérieur; néanmoins, il faut bien reconnaître que la plupart des médecins redoutent l'application des vésicatoires dans la néphrite albumineuse, dans la crainte que le principe actif des cantharides, qui est absorbé, n'agisse d'une manière fâcheuse sur la maladie. Le fait suivant, que nous empruntons à M. le docteur H. Montanier, montre à la fois combien cette crainte est exagérée, et ce que l'on peut obtenir de l'empoi persévérant des vésicatoires :

Un enfant de onze ans, fils d'un père très-bien portant, et d'une mère d'apparence chétive et souvent malade, vivant depuis trois ans dans une loge de portier, mal aérée, mal éclairée, humide, souvent mal nourri, prenant très-peu d'exercice et restant très-rarement au grand air, qui n'avait jamais fait de maladie, bien que tout en lui indiquât un état de souffrance habituel, au teint brun et coloré, d'un embonpoint assez marqué, mais avec des chairs molles et flasques, très-sujet au dévoiement, souffrant souvent de la tête, s'enrhumant facilement, ressentait depuis six mois des douleurs aux reins tous les matins en se levant. Trois mois après, sa mère le conduisit à M. Montanier pour son dévoiement; il avait la figure un peu bouffie, et comme notre confrère en faisait l'observation, la mère répondit que c'était son état habituel.

Le 10 juin 1852, il fut ramené par sa mère, qui raconta que, huit ou dix jours auparavant, la figure du petit malade s'était gonflée fortement presque tout à coup, sans qu'il eût été pris de fièvre; mais il avait eu une soif excessive. Depuis trois jours, l'enflure s'était étendue aux pieds et aux jambes; elle occupait actuellement la face, les pieds, les jambes, les mains et les lombes. Pas d'ascite, pas d'épanchement pleurétique. Membres très-douloureux à la pression. Région rénale très-douloureuse, quand le petit malade restait un certain temps cou-

ché sur le dos; pas de douleur à la pression. Fièvre nulle; dévoiement un peu moins abondant qu'à l'ordinaire. Rien au cœur, rien aux poumons. Écoulement habituel par l'oreille gauche d'une matière séropurulente. Bon appétit, bon sommeil. Urines rares, un peu semblables à de la lavure de chair, fournissant par l'acide nitrique et par la chaleur un abondant dépôt d'albumine. (Chiendent nitré, et frictions sur les jambes avec la teinture de scille, jusqu'à la fin du traitement; huile de ricin, 12 sangsues sur la région des reins, nourriture abondante et animalisée.)

Deux jours après, les jambes paraissaient un peu désenflées, mais la figure était beaucoup plus œdématiée. Urines toujours rares, rougeâtres et contenant la même quantité d'albumine. (Vésicatoire volant sur l'un des reins.)

Le 14 juin, l'enflure avait encore fait des progrès; commencement d'ascite. (Vésicatoire volant sur l'autre rein.)

Le 16, l'enflure avait diminué à la face; elle était à peu près la même aux membres inférieurs. Ascite dans le même état. Urines pâles, limpides, plus abondantes, contenant beaucoup moins d'albumine. Le petit malade avait été purgé deux fois, le 13 et le 17. (Application d'un troisième vésicatoire sur un des côtés des reins; préparations de fer et de quinquina.)

Trois jours après, on put constater que l'enflure continuait à diminuer, ainsi que l'ascite. Les urines ne contenaient plus que des traces d'albumine; mais, depuis deux jours, elles renfermaient un léger dépôt de mucus.

Le 28, l'enfant était entièrement guéri. Plus de traces d'enflure ni d'ascite; urines ayant un aspect normal et ne contenant plus aucune trace d'albumine. L'enfant était redevenu gai, joueur, avait très-bon appétit et digérait mieux qu'avant sa maladie. (On continua pendant quinze jours le chiendent nitré et les frictions scillitiques.) Le 10 juillet, il était dans l'état le plus satisfaisant. (*Gaz. méd.*, septembre.)

---

**OPHTHALMIE** *purulente* (*Moyen propre à faire cesser immédiatement les douleurs violentes qui existent dans l'*). Dans le traitement des maladies, il ne s'agit pas seulement d'arriver à la guérison, le malade exige encore du médecin qu'il atteigne ce but en l'affranchissant des douleurs violentes qu'il éprouve. C'est à une de ces indications que répond le moyen suivant proposé par M. Guyon, inspecteur général du service de santé de l'armée d'Afrique. Dans l'ophthalmie purulente, la face interne des paupières est couverte de granulations nombreuses et solides; or, le moindre mouvement de ces voiles membraneux occasionne dans le globe oculaire des douleurs tellement intenses, qu'on a vu des militaires, ne pouvant les supporter, se donner la mort. Un moyen propre à les faire cesser, dit M. Guyon, consiste à interposer entre l'œil et les paupières un corps lisse quelconque, pourvu qu'il soit approprié à la disposition des parties. Après divers essais, ce médecin s'est arrêté à l'emploi de disques en ivoire appropriés, par leur forme, aux surfaces inter-oculaires. Deux suffisent au but qu'on se propose, le plus souvent même un seul; l'un sous la paupière supérieure, l'autre sous l'inférieure. Pour procéder à leur introduction, il faut que le malade soit couché si l'on opère sur la paupière supérieure de l'œil, et assis si c'est sur l'inférieure. Après quoi ayant pincé la paupière verticalement et de manière à obtenir, entre elle et le globe de l'œil, un léger écartement, on laisse glisser dans celui-ci le disque qu'on en a approché, porté à l'extrémité d'une spatule ou d'une cuiller à café. On l'y maintient ensuite un instant avec l'extrémité du petit doigt et en l'y poussant légèrement s'il y a lieu.

A propos de cette communication, M. Magne a adressé à la Gazette des hôpitaux une note dans laquelle il dit que le moyen ingénieux signalé par M. Guyon a été expérimenté, il y a plus de dix ans, à l'hôpital de la Pitié, dans le service du regrettable Aug. Bérard, par M. Lhommeau, chef de la clinique ophthalmologique. M. Lhommeau, faisait usage d'une seule lame de verre ou d'émail se moulant sur le globe oculaire et s'introduisant comme un œil artificiel. Un seul disque doit l'emporter sur les deux dont se sert M. Guyon, en ce que ces derniers sont susceptibles de chevaucher et d'agir sur la muqueuse palpébrale, à la manière de certains spéculums

à plusieurs valves sur la muqueuse vaginale. La matière employée, le verre, n'est pas susceptible d'être modifiée comme l'ivoire. On pourrait craindre la fragilité de cette substance; aucun accident n'a été observé dans les expériences faites à l'hôpital de la Pitié, l'épaisseur suffisante donnée à ces disques l'explique. (*Compte-rendu de l'Acad. des sciences* et *Gaz. des hôpit.*, sept.)

**PHTHISIE PULMONAIRE** (*Emploi de la créosote dans la*). On sait que le goudron et la créosote ont été reconnus utiles dans le traitement de la phthisie tuberculeuse arrivée à la période d'ulcération, c'est-à-dire alors que les masses tuberculeuses ramollies ont déjà formé, par la destruction du tissu pulmonaire, des cavernes pouvant être constatées au moyen de l'auscultation. Quoi qu'on en ait dit cependant, la créosote n'a rien de spécifique; mais, dans une maladie comme la phthisie pulmonaire, contre laquelle nous ne possédons aucun traitement véritablement certain et efficace, il n'y a pas de moyen à dédaigner, et, si l'on peut avoir quelques chances de combattre heureusement la maladie, c'est certainement en employant tour à tour, et suivant les indications qui se font jour, le moyen reconnu jusqu'ici le plus avantageux dans certains cas donnés. La créosote est d'ailleurs un médicament sans danger lorsqu'elle est donnée à petite dose; elle possède une action toute spéciale sur le tube digestif dont elle paraît régulariser les fonctions. Quelques essais que nous avons tentés nous-même nous portent à croire que ce médicament n'est ni assez connu ni assez apprécié; c'est ce qui nous engage à parler des résultats obtenus par M. Verbeeck dans dix cas de phthisie pulmonaire.

A la dose de 2 gouttes par vingt-quatre heures, et donnée pure, dit M. Verbeeck, la créosote ne modifie en rien les fonctions digestives; mais elle les trouble sensiblement à dose plus élevée; elle n'a aucune influence sur la quantité de l'urine, à laquelle elle donne seulement son odeur caractéristique. Chez tous les malades, dans les premiers jours, sueurs abondantes et augmentation de matières expectorées, surtout la nuit. Peu à peu ces phénomènes cessent, la toux se calme, l'odeur de l'haleine devient meilleure, la langue devient moins saburrale, en même temps que les matières expectorées prennent un aspect de moins en moins purulent.

Des dix cas de M. Verbeeck, il n'en est que cinq par le fait qui peuvent compter; ce sont ceux dans lesquels la créosote a été employée seule. Deux de ces cinq malades ont succombé, trois autres se sont rétablis, chez lesquels l'affection était parfaitement caractérisée par de la fièvre, de la toux, de la dyspnée, de l'amaigrissement, des sueurs nocturnes, de la chaleur à la paume des mains et à la tête après le repas, une expectoration de matière purulente très-abondante et fétide, de la matité à la percussion, du gargouillement, du râle caverneux et de la pectoriloquie aux deux côtés de la poitrine. Après un traitement de quatre mois, ils pouvaient reprendre leurs travaux; six mois plus tard, ils paraissaient encore en pleine santé. M. Verbeeck ajoute que ces trois malades ont fini par succomber aux progrès de la phthisie pulmonaire quelques années après.

La dose la plus élevée à laquelle M. Verbeeck a donné la créosote a été de six gouttes par vingt-quatre heures, en commençant toutefois par une dose de deux gouttes; quatre gouttes, au contraire, comme première dose, ne furent guère supportées, et occasionnèrent de la diarrhée. Les premières doses furent données dans une décoction de guimauve ou de lichen carraghaen, comme suit :

| | |
|---|---|
| Pr. Décoction de racine de guimauve ou de lichen carraghaen. | 300 grammes. |
| Créosote............ | 2 gouttes. |
| Sirop de pavots..... | 24 grammes. |

A prendre une cuillerée et demie toutes les deux heures. Après quelques jours d'usage de cette mixture, la créosote a été administrée en pilules, associée à l'extrait de réglisse, et la dose en a été graduellement augmentée jusqu'à six gouttes, puis diminuée jusqu'à ce qu'elle ne fût plus que de deux. (*Annales méd. de la Flandre occidentale*, 1852.)

**RHUMATISME ARTICULAIRE** *aigu* (*Traitement du*), *par le sulfate de morphine et l'extrait alcoolique d'aconit napel combinés*. En attendant que la lumière se fasse sur la valeur réelle de tous ces traitements du rhumatisme articulaire aigu, que

chaque jour voit proposer et tomber dans l'oubli, c'est un devoir pour la science de consigner dans ses annales ceux de ces traitements qui semblent se recommander par un côté pratique, qu'ils soient simples ou composés. Par exemple, un médecin de Dijon, M. Clertan, pense que l'association de la morphine et de l'aconit constitue un traitement des plus efficaces. Depuis vingt-cinq ans, dit-il, je n'ai jamais vu de rhumatisme articulaire aigu, général, quelque intense qu'il fût, résister plus de quinze jours à l'emploi du sulfate de morphine à la dose progressive en quatre ou cinq jours, de 1 à 7 centigrammes, surtout associé à l'extrait alcoolique d'aconit, à la dose de 1 à 2 décigrammes. J'ai donné ces deux substances isolément; j'ai plus souvent obtenu dès les premiers jours des résultats satisfaisants du sulfate de morphine que de l'extrait d'aconit, qui m'a cependant fourni plusieurs guérisons: l'une d'elles, obtenue après l'ingestion de 9 décigrames d'extrait alcoolique d'aconit dans les vingt-quatre heures. Toutefois l'expérience m'a prouvé que la combinaison de ces deux agents était plus heureuse, et je me suis contenté depuis quinze années de la préparation ainsi formulée: Premier jour: sulfate de morphine, 2 centigrammes; extrait alcoolique d'aconit, 1 décigramme en deux pilules; deuxième jour, 3 centigr. de sulfate de morphine, 1 décigr. d'extrait d'aconit, trois pilules: troisième jour, 4 centigr. de sulfate de morphine, 4 décigr. d'extrait d'aconit, quatre pilules; quatrième jour, 6 centigr. de sulfate de murphine, 1 décigr. d'extrait d'aconit, six pilules, administrées en vingt-quatre heures, à distance régulière. Je porte à 7 centigr. le sulfate de morphine, si la douleur ou le gonflement résistent plus de vingt-quatre heures. Si le sujet est sanguin, le pouls dur, plein, je débute par une saignée de 5 à 600 grammes; rarement je la renouvelle, à moins que la céphalalgie ne soit intense, ou le cœur volumineux et puissant. Les sueurs, si abondantes dans cette affection, ne sont pas augmentées; tout au plus un peu de pesanteur de tête, mais pas de nausées ni de douleurs gastriques. L'anorexie disparaît aussitôt que le malade quitte le lit, ce qui arrive toujours du treizième au quinzième jour, malgré la récidive constante de la fluxion vers une ou plusieurs articulations, après la cessation de l'inflammation dans les articulations ultérieurement envahies. (*Journal des Connaiss. méd. prat.*, août.)

**SÉCRÉTION LAITEUSE** *qui s'est reproduite après une année de suspension, sans nouvelle grossesse.* C'est une opinion généralement admise parmi les gens du monde et même parmi les médecins, que la sécrétion laiteuse s'arrête définitivement après un sevrage de quelques jours ou quelques semaines au plus, et que, passé ce temps, l'allaitement ne peut être repris. Nous nous sommes élevé, il y a quelque temps, contre cette opinion, et nous avons cité, d'après plusieurs auteurs, des faits qui ne laissent aucun doute sur la possibilité de reprendre l'allaitement après un intervalle de un à quatre mois, en rappelant la sécrétion laiteuse par la succion des nourrissons. Le fait suivant est bien autrement remarquable, puisque le sevrage datait d'un an, et aussi parce que la sécrétion s'est rétablie sans aucune cause extérieure et à la suite d'une diminution des règles.

Mme F..., âgée de trente-huit ans, mère de cinq enfants qu'elle a nourris d'un lait toujours très abondant, accoucha, le 16 mai 1851, d'un fils, qu'elle allaita pendant quatre ou cinq jours, après lesquels il mourut. Cette dame ne remplaça pas son enfant par un nourrisson étranger et ne prit rien non plus pour faire passer son lait, qui cessa complétement de l'incommoder au bout de quelque temps. Dans le courant d'octobre, elle s'aperçut d'un léger écoulement de lait, qui dura quelques jours et disparut. Au mois de juin 1852, elle vint prier M. Mathieu de lui faire passer son lait, qui avait reparu depuis une douzaine de jours et la mouillait. C'était effectivement du lait qui s'écoulait avec abondance des seins, qui n'étaient d'ailleurs que fort peu engorgés, indolores et sans lésion appréciable: gêne dans les mouvements des bras, céphalalgie, pouls normal, pas de chaleur à la peau. Sous l'influence du petit-lait de Weiss, l'écoulement laiteux a considérablement diminué et est devenu presque semblable à de l'eau. Ajoutons que cette dame n'est pas enceinte, qu'elle a eu son retour de couches, et qu'elle a tou-

jours vu depuis, quoique moins qu'auparavant. — Ce fait, tout en expliquant et en rendant moins difficiles à comprendre les succès obtenus par quelques médecins dans ces derniers temps, tendrait à montrer qu'il ne serait peut-être pas impossible d'en obtenir de semblables à une époque encore plus éloignée du sevrage, et sans être obligé d'avoir recours, dans tous les cas et d'une manière aussi soutenue, aux moyens qui ont été mis par eux en pratique, et principalement à la succion des nourrissons. (*Gaz. méd. de Lyon*, juillet.)

**ULCÈRES** *vénériens primitifs traités avec succès par les applications d'acide acétique.* Se rappelant les expériences d'inoculation dans lesquelles M. Ricord a vu que le pus syphilitique, mêlé à l'acide acétique, perd ses qualités inoculables, M. Henrotay a pensé que ce fait devait avoir une portée pratique. En effet, s'est-il dit, si l'acide acétique enlève au pus syphilitique ses propriétés inoculables, pourquoi n'espérerait-on pas arriver à modifier par cet agent la sécrétion de l'ulcère? C'est ce qu'il s'est proposé de vérifier.

Ayant à traiter un ulcère vénérien primitif qui, loin de s'amender, n'avait fait aucun progrès vers la cicatrisation, et s'étendait de plus en plus sous l'action du caustique, depuis près d'un mois qu'il était soumis au traitement ordinaire, M. Henrotay résolut d'abandonner le caustique et les moyens ordinaires de pansement, et de recourir aux attouchements avec l'acide acétique, et aux pansements faits avec une mèche de charpie trempée dans cet acide. Dès ce moment, la tendance à l'accroissement disparut, la base et les bords indurés se ramollirent; la marche vers la cicatrisation ne fut plus douteuse, et, au bout de six jours, l'ulcère était complétement guéri.

Une autre occasion d'essayer ce moyen ne tarda pas à se présenter. M. H. avait affaire cette fois à un chancre diphthéritique. L'ulcère, de forme semi-circulaire, siégeait à la couronne du gland, et déjà son empreinte se montrait sur la surface interne du prépuce. L'acide acétique fut porté, au moyen d'un pinceau de charpie, sur l'ulcère et sur la partie correspondante du prépuce. Une mèche de charpie, trempée dans l'acide et humectée plusieurs fois le jour par ce liquide, fut appliquée entre le gland et le prépuce. La sécrétion tarit, le prépuce ne fut pas envahi par le mal; pas la moindre induration, ni des bords ni de la base, n'apparut, et la cicatrisation était complète en douze jours.

Il est utile d'ajouter que d'autres expérimentateurs, en confirmant les résultats obtenus par M. Henrotay, ont régularisé et modifié, avec avantage en quelques points, cette méthode nouvelle de traitement. Ainsi, M. Dechange ayant remarqué que l'acide acétique étendu sur un plumasseau, et laissé à demeure sur l'ulcère, attaque et corrode la muqueuse préputiale correspondante, et, en la dénudant de son épithélium, la place dans des conditions d'absorption très-défavorables, a supprimé cette dernière partie du traitement. Ce praticien a employé l'acide acétique, comme méthode ectrotique abortive, chez neuf malades atteints d'ulcères primitifs. Ils ont été guéris en moins de quinze jours. Aucun des chancres ainsi traités ne s'est induré. Un autre praticien, M. Gouzée, a obtenu en dix jours, par le même moyen, la cicatrisation d'un large ulcère récent et superficiel au-dessous du frein.

C'est donc spécialement sur la méthode de M. Henrotay simplifiée, c'est-à-dire réduite aux attouchements des ulcères vénériens avec l'acide acétique, que nous croyons devoir appeler l'attention des praticiens. (*Arch. belges de méd. milit.* et *Rev. méd.-chir.*, août.)

**VARICOCÈLE** (*Traitement du*) *par l'application topique de la solution de gutta-percha dans le chloroforme.* Depuis quelque temps, on a proposé divers procédés pour la curation du varicocèle, tous ayant pour but de soutenir le scrotum et d'exercer une compression douce sur les veines variqueuses. Jusqu'à quel point peut-on espérer, à l'aide de ces procédés, une cure définitive? C'est ce qu'il est bien difficile de dire; mais comme palliatifs, ce sont là des moyens qui méritent d'être connus. En voici un du même genre et qui est dû à un chirurgien des Etats-Unis, M. Carey. Ce chirurgien emploie la solution de gutta-percha dans le chloroforme, de la manière suivante : le malade est couché sur le dos; au moyen du froid, on pro-

voque la corrugation du scrotum jusqu'à ce qu'il vienne s'appliquer étroitement sur le testicule et sur la base du pénis; alors, après avoir préalablement rasé le scrotum, on applique la solution de gutta-percha assez largement avec un pinceau, en dépassant de tous côtés les limites du scrotum correspondant au varicocèle; on applique ainsi plusieurs couches jusqu'à ce qu'on ait obtenu une poche artificielle offrant la résistance convenable, et n'apportant néanmoins aucune gêne. L'application de la solution est marquée immédiatement par une sensation de brûlure qui ne dure que quelques instants; à part ce petit inconvénient, cette application ne peut avoir de conséquences fâcheuses. (*Western Lancet U. S.* et *Prov. journ. of med.*, 1852.)

## VARIÉTÉS.

### PROMENEUSE POUR LES ENFANTS EN BAS AGE.

Par le docteur A. DIDOT, de Liége, membre de l'Académie royale de Belgique.

De tout temps l'on a compris la nécessité de promener les enfants au grand air, afin de fortifier leur constitution, en les habituant de bonne heure aux vicissitudes atmosphériques que nous subissons, mais que nous ne pouvons braver.

Malheureusement, nous ne possédons aucun moyen de rendre cet exercice commode et facile, de sorte que les enfants ne tardent point à se fatiguer et à se plaindre quand ils sont restés quelque temps sur les bras de la personne qui les porte.

D'un autre côté, les femmes du peuple, et même la plupart des bonnes, ont la détestable habitude de porter les enfants sur le même bras, ou, ce qui est plus mauvais encore, de les tenir dans une *demi-station*, l'avant-bras passé derrière le jarret de l'enfant et fortement serré contre le corps.

On comprend assez que le premier effet de cette position doit tendre à déformer les deux genoux dans le même sens, à rendre les enfants *cagneux* du même côté; aussi cette difformité se rencontre-t-elle dans une proportion déplorable parmi les enfants reçus dans les écoles publiques, et surtout dans les ateliers où l'on emploie de jeunes sujets.

Il n'est pas bien difficile de s'expliquer comment et pourquoi cette difformité se produit par la simple influence d'une mauvaise position. Un enfant porté sur les bras dans une demi-station, fait naturellement face au côté de la personne qui le porte. Mais l'enfant, curieux de voir ce qui se passe devant lui, fait un quart de conversion en pivotant sur lui-même, pour regarder en avant. Or, ce mouvement ne peut s'exécuter complétement par la simple torsion de la colonne vertébrale; le bassin est donc entraîné dans la direction des épaules, et les deux genoux se placent dans le même sens. De cette manière, le point de compression exercé par le bras pour maintenir convenablement l'enfant, se fait sentir sur les articulations fémoro-tibiales de celui-ci, et tend à les rapprocher du tronc, tandis que la saillie des mamelles et celle du ventre repoussent les cuisses et les jambes en dehors, en tiraillant, par conséquent, les ligaments articulaires vers le point opposé à celui où cette compression s'exerce. Or, si le même exercice se répète souvent, il est certain que les surfaces articulaires doivent s'altérer, puisqu'il n'existe aucun mouvement de latéralité

au genou, et qu'il s'établira ainsi une difformité trop souvent incurable chez les enfants à tendances strumeuses.

Maintenant, que l'on veuille bien se rappeler que généralement les femmes du peuple et même de la bourgeoisie ont l'habitude de porter leurs enfants pendant une partie de la journée, et l'on comprendra la puissance et la fréquence de la cause de difformité que je viens de signaler.

Il est une autre manière de porter les enfants, surtout dans les premiers mois, qui n'a pas moins d'inconvénients. L'enfant, enveloppé dans ses langes, est tenu debout contre la poitrine de la bonne, la face en avant, et le corps soutenu par un bras qui vient croiser le ventre à angle droit. Cette position ne donnera pas lieu à une difformité des membres, sans doute; mais si l'enfant est pesant, elle exigera un effort proportionnel de la part du bras, et dans ce cas, le ventre de l'enfant sera plus ou moins comprimé, la respiration sera gênée, la digestion troublée, et des cris, des pleurs ou du malaise en seront bientôt le résultat.

Il y a donc convenance et utilité à chercher un moyen simple, commode, et peu coûteux, de porter les enfants en bas âge, sans les exposer à la gêne, à la fatigue, ou ce qui est infiniment plus grave, à des difformités.



L'appareil que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie me paraît constituer un premier pas dans cette voie; c'est pour cela que je me suis décidé à le soumettre à votre appréciation, laissant à l'esprit inventif des praticiens le soin de reprendre mon idée et de la féconder, en perfectionnant ce que je n'ai pu qu'ébaucher.

La *promeneuse* est une simple corbeille en osier, ouverte dans sa moitié supérieure, formée dans sa moitié inférieure par un tablier à charnière, contenant un siége mobile, et munie de deux anneaux destinés à recevoir le bras de la personne qui porte l'enfant, en lui donnant plus de sûreté et d'aisance dans ses mouvements.

Pour se servir de la *promeneuse*, voici comment on s'y prend : l'enfant est enveloppé dans ses langes, et vêtu comme d'ordinaire; la bonne passe son bras dans l'anneau droit pour le bras gauche, et dans l'anneau gauche pour le bras droit; elle le fait cheminer jusqu'au-dessus du coude. Alors le bras et l'avant-bras s'étendent obliquement derrière la promeneuse qu'ils soutiennent, et les quatre derniers doigts de la main viennent s'appliquer sur le bord externe du fond qu'ils embrassent. De cette façon l'appareil est solidement fixé, et n'exige aucun concours de l'autre bras ou de l'autre main.

Le tablier à charnière est ensuite ouvert, l'enfant est placé dans la *promeneuse* que l'on tient inclinée, puis on ferme la valve mobile que l'on assujettit avec une cheville, et l'on se met en route.

Le soleil ou l'éclat du jour fatigue-t-il la vue de l'enfant, il n'est pas besoin de recourir à l'ombrelle qui toujours embarrasse la bonne, s'il s'agit de garantir l'enfant, tandis qu'elle n'est d'aucune utilité pour celui-ci, si la bonne s'occupe avant tout de la conservation de son teint.

J'ai disposé au sommet de la *promeneuse* trois petits cerceaux mobiles, que l'on dresse à volonté et qui reçoivent une voilette de couleur, à moins qu'on ne préfère les garnir d'une étoffe légère, pour obtenir un véritable soufflet qu'on lève et qu'on baisse à volonté. Ce petit appareil suffit à lui seul pour préserver l'enfant des rayons du soleil et de l'impression d'une lumière trop vive.

Quand l'enfant est dans la *promeneuse*, il y est couché comme dans un berceau, et y repose parfaitement. Mais les enfants ne dorment pas toujours, et quand ils sont éveillés, il faut qu'ils obéissent à ce besoin incessant de perceptions nouvelles qui les force à regarder et à chercher à voir. On doit donc les tenir dans une *demi-station* qui les rapproche plus ou moins de la perpendiculaire.

Sans doute, on peut redresser la *promeneuse*, mais alors le *plan incliné* qui supportait par tous ses points le poids du corps, perd cet avantage, et l'enfant pèse exclusivement sur le *fond* du panier, ou plutôt repose entièrement sur ses jambes. Cette position, on l'a déjà compris, n'est pas sans inconvénients dans les premiers temps de la vie, alors que les épiphyses n'ont pas assez de solidité, et que le système osseux lui-même n'est pas suffisamment incrusté de sels calcaires. Pour neutraliser ce désavantage, j'ai établi un *siége mobile* qui peut se placer à volonté dans la promeneuse, et qui suffira dans tous les cas pour éviter que le poids du corps de l'enfant ne fatigue les membres inférieurs. Ce siége sera surtout d'une grande utilité pendant les chaleurs, alors que l'on ne peut surcharger les enfants de langes ou de vêtements.

Ainsi, grâce à la *promeneuse*, les enfants pourront respirer le grand air sans être exposés à d'affreuses difformités des jambes, sans être fatigués par des pressions incommodes, sans être tourmentés par la chaleur, qui toujours se rencontre entre les surfaces rapprochées, et enfin sans être surchargés de vêtements ou de maillots, alors que la température exige une liberté complète de tous les mouvements.

Ajoutons que l'on ne sera plus obligé de torturer ces petites créatures pour leur faire *la toilette de promenade*, car il suffira de leur passer un simple peignoir, dont l'élégance ou la modestie dissimuleront parfaitement les contours du panier, et par conséquent le négligé de l'enfant lui-même.

Mais ce n'est pas tout.

La *promeneuse* aura encore un but thérapeutique que je me bornerai à indiquer en ce moment.

Beaucoup d'enfants naissent avec ce qu'on appelle une *faiblesse de reins*, qui bientôt dégénère en déviation de la colonne vertébrale. Eh bien ! je pense que la *promeneuse* sera encore, comme moyen orthopédique, propre à concourir au redressement de cette difformité naissante. Un coussin matelassé, appliqué sur la gibbosité ou sur la déviation, servira de point d'appui, tandis qu'une brassière et une ceinture hypogastrique fixée au plan postérieur de la promeneuse exerceront une extension salutaire. Vous comprenez, messieurs, toutes les ressources que le génie inventif des praticiens peut créer : je ne m'y arrêterai donc point en ce moment.

La *promeneuse* ne sera pas non plus sans utilité lorsqu'on sera obligé de voyager en voiture avec des enfants en bas âge. Je crois, en résumé, que ce petit appareil pourra rendre des services, et c'est pour cela que j'ai cru devoir le soumettre à votre appréciation.

---

Le choléra continue sa marche envahissante; de la Pologne il a gagné l'est de la Prusse, et a fait d'affreux ravages dans le duché de Posen; il a envahi Dantzick où, dès le début de son invasion, il attaquait de 40 à 50 personnes par jour. Si le fléau atteint un aussi grand nombre de personnes, il ne sévit pas, dit-on, avec la même force qu'en 1849. Le 25 août, le choléra a éclaté à Magdebourg. Le fait a été communiqué officiellement aux médecins; des lazarets ont été établis, et toutes les précautions sanitaires ont été prises. A Varsovie, où le choléra continue ses ravages, le prince Paskewitch a quitté la ville, après avoir fait fermer les écoles publiques. La plus grande terreur règne dans le pays. Par suite de la négligence et de la malpropreté des habitants, jointes à l'absence complète de traitement préservatif et curatif, un village très-populeux, aux environs de Varsovie, n'a conservé que 7 personnes. Dans cette capitale, à la date du 27 août, 5,000 personnes étaient mortes du choléra dans les hôpitaux, et le total des décès était de 20,000.

---

La Société de chirurgie vient de nommer, comme associés étrangers, les professeurs dont les noms suivent : Valentin Mott, à New-York (Amérique); Fr. Jæger, à Vienne (Autriche); J. Chélius, à Heidelberg (duché de Bade); Kaj. Texton, à Wurzbourg (Bavière); sir Benj. Brodie, Will. Laurence, Benj. Travers, Georges Guthrie, à Londres; sir G. Ballingal, J. Simpson, à Edimbourg; sir Ph. Crampton, à Dublin; Grimm, à Berlin; Arendt, à Saint-Pétersbourg (Russie); F.-A. Ammon, à Dresde (Saxe); Mayor, à Genève (Suisse).

M. le docteur Demarquay, chirurgien du Bureau central des hôpitaux, vient d'être nommé membre de la Légion-d'Honneur.

---

Une lettre particulière de Posen annonce que deux cas d'hydrophobie viennent d'être guéris par l'emploi du sulfate de quinine combiné avec l'extrait d'opium. La Société d'Amsterdam va faire publier les observations officielles recueillies sur ces deux faits de guérison.

---

La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles vient de mettre au concours les questions suivantes : *Première question.* — Faire connaître les maladies qui exercent principalement leurs ravages dans la ville de Bruxelles ou dans toute autre partie importante de la province du Brabant, en donner la statistique, en exposer les causes, et indiquer les moyens d'en diminuer la fréquence, d'annihiler ou d'atténuer leurs funestes effets. Prix : Une médaille d'or de 300 francs. *Deuxième question.* — Faire l'histoire de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle. Prix : Une médaille d'or de 300 francs. *Troisième question.* — Indiquer et décrire les différents agents caustiques; apprécier leur action sur nos tissus, en insistant surtout sur les différences que présente cette action et sur ses rapports avec leur nature chimique; déduire de ces différences d'action les indications spéciales à chacun de ces agents. Prix : Une médaille d'or de 300 francs. *Quatrième question.* — Le sujet en est laissé au choix des concurrents; il devra embrasser un point quelconque du domaine de la médecine, de la chirurgie ou des accouchements. *Cinquième question.* — Egalement laissée au choix des concurrents, elle devra embrasser un sujet du domaine des sciences naturelles ou pharmaceutiques. Le prix pour ces deux dernières questions consistera en une médaille de la valeur de 100 francs. Les mémoires devront être remis franco, avant le 1er juillet 1853, à M. le docteur Jules Crocq, secrétaire de la Société, rue du Bois-Sauvage, 14.

---

*Le rédacteur en chef*, E. DEBOUT.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

## DES INJECTIONS IODÉES DANS L'ASCITE.

Par le docteur A. Cyprien Oré, ex-aide de clinique médicale et prosecteur de l'Ecole de médecine de Bordeaux.

Si les injections iodées, après avoir été attaquées et repoussées avec tant d'énergie, sont aujourd'hui généralement acceptées pour le traitement de l'hydrocèle, des kystes séreux, etc.; si l'observation clinique établit de jour en jour davantage leur incontestable supériorité sur les injections vineuses et sur toutes les autres injections, la science et les médecins sont loin d'être aussi fixés et surtout aussi unanimes sur la valeur des injections iodées appliquées au traitement de l'ascite. Ayant pratiqué moi-même trois fois l'injection iodée pour des cas d'ascite, sous la direction de M. le professeur Gintrac, dont j'étais l'aide de clinique, témoin, pendant mon internat à l'hôpital Saint-André, des faits que M. Costes a publiés en 1851 dans le Journal de médecine de Bordeaux, et de ceux qui appartiennent à M. Soulé père, médecin de cet hôpital, j'ai pensé que, même après la publication du mémoire intéressant de M. le docteur Boinet, il y avait place pour un travail destiné à faire ressortir la valeur des injections iodées dans l'ascite.

Je rapporterai d'abord les faits que j'ai recueillis moi-même avec le plus grand soin et le plus d'exactitude possible, en présence des nombreux élèves qui suivent la clinique de M. Gintrac. Tous ne sont pas des faits de guérison, comme on le verra; mais les détails anatomo-pathologiques que j'ai notés chez les trois malades qui ont succombé, longtemps après l'injection, aux suites de leurs maladies organiques, me paraissent de nature à jeter quelque jour sur le mode d'action de la teinture d'iode.

Obs. I. *Ascite résultant d'une péritonite ; injections iodées ; guérison.* — Marguerite Labeyre, âgée de quarante-quatre ans, ayant toujours travaillé la terre, entre dans le service de la Clinique médicale de Bordeaux le 5 décembre 1850. Cette femme, d'une constitution assez forte, d'un tempérament sanguin, mère de deux enfants, habituellement bien réglée, mais cependant non menstruée depuis deux ans, a eu, depuis six ans, à deux reprises différentes, des fièvres intermittentes sous le type tierce. Les accès ont duré deux mois la première fois, vingt jours la seconde. Il y a six mois, elle a éprouvé des douleurs abdominales très-vives, qui se sont accompagnées de vomissements bilieux, de ballonnement du ventre et de fièvre. Une saignée du bras, des sangsues, des cataplasmes émollients et des purgatifs légers ont amené la guérison. Peu de temps après, le ventre a augmenté de volume; bientôt son développement est devenu considérable.

Depuis cette époque, il s'est manifesté de l'œdème aux membres inférieurs; jamais de troubles dans les fonctions digestives.

A son entrée à l'hôpital, elle présentait l'état suivant : léger amaigrissement; coloration jaunâtre de la face; pouls petit, un peu dépressible, à 84; abdomen très-développé de chaque côté, au niveau des flancs et des fosses iliaques, aplati au niveau de l'ombilic, offrant au-dessus une sonorité tympanique bien marquée, et dans les parties déclives, et à l'hypogastre, une matité dont le niveau se déplaçait avec les changements de position de la malade. Parois abdominales tendues; fluctuation évidente; circonférence de l'abdomen mesurée au niveau de l'ombilic, 98 centimètres; pas de toux, appétit, dyspnée légère; bruits du cœur réguliers; pas d'albumine dans les urines; membres inférieurs légèrement œdématiés.

Depuis le 5 décembre jusqu'au 25, la malade fut soumise à l'usage de la tisane de chiendent nitrée et de pilules composées de digitale, de scille et de résine de scammonée. Ce traitement n'ayant été suivi d'aucune modification, on lui prescrivit la gomme-gutte, à la dose de 10, 15 et 20 centigrammes par jour. La gomme-gutte fut continuée sans plus de succès jusqu'au 12 janvier; malgré les nombreuses évacuations produites par l'emploi de ce dernier médicament, le ventre n'avait subi aucune modification.

Le 14 janvier, la ponction fut pratiquée. On retira 18 livres d'un liquide jaunâtre, semi-transparent, contenant une grande quantité d'albumine. La cavité abdominale vidée, M. Gintrac fils examina les viscères contenus, et ne trouva aucun développement du foie, de la rate, ni aucune tumeur; il fit pratiquer l'injection du liquide suivant : eau, 100 grammes; teinture d'iode, 25 grammes; iodure de potassium, 2 grammes. Immédiatement après l'injection, la face devint grippée, les extrémités se refroidirent, le pouls tomba de 92 à 80, 56 et 48; douleurs vives dans tout le ventre, sensation de brûlure; cet état dura à peu près dix minutes. Après ce court espace de temps, le pouls se releva, la chaleur revint, et les douleurs abdominales diminuèrent. L'injection n'avait été laissée que trois minutes dans le péritoine, et quand on permit au liquide de s'écouler, il offrait une coloration brunâtre assez foncée, ce qui indiquait qu'il entraînait avec lui une assez grande quantité de teinture d'iode. Une fois l'injection terminée, on se contenta de mettre un bandage de corps et d'exercer une légère compression.

Le soir, pommettes colorées, peau chaude, pouls concentré, fréquent, à 124; douleurs abdominales peu intenses et peu augmentées par une pression même assez forte; pas de tension ni de météorisme; langue humide, pas de soif; quelques nausées, sans vomissement; légère amertume dans la bouche, pas d'évacuations. La nuit fut paisible.

Le 15, peau toujours chaude, pouls toujours petit, serré, fréquent, à 124; ventre souple, peu douloureux à la pression; bouche amère, très-sèche; soif assez vive, inappétence, quelques nausées sans vomissements; une évacuation. (Tisane de chiendent, deux bouillons.)

Le 16, pouls toujours petit et fréquent, ventre un peu plus tendu, mais peu douloureux à la pression; pas de nausées, soif moins ardente; trois évacuations depuis hier, langue humide, un peu d'appétit.

Le 17, pouls moins concentré, à 100; ventre tout à fait indolent, bon sommeil, appétit. (Chiendent, trois tasses de lait, deux bouillons.)

Le 18, l'appétit est complétement revenu, pas de fièvre, pouls à 100;

sonorité tympanique générale, par conséquent pas d'épanchement appréciable.

Le mieux persista jusqu'au 25. Ce jour-là, on constata que le ventre avait acquis un volume plus considérable, et que le liquide s'était en partie reproduit. Le 12 février, le ventre avait acquis à peu près le même volume qu'avant la ponction. Le lendemain, nouvelle ponction, et injection d'un mélange contenant, pour 100 grammes d'eau, 30 grammes de teinture d'iode, et 2 grammes d'iodure de potassium. Le ventre fut malaxé dans tous les sens afin de mettre la teinture d'iode en contact avec le péritoine dans toute son étendue, et l'injection fut laissée en entier dans l'abdomen. Tous les phénomènes observés lors de la première injection se reproduisirent à celle-ci. Pendant les premiers jours, symptômes d'une réaction assez vive, mais jamais le ventre ne fut très-douloureux.

Depuis le jour de l'injection jusqu'au 28, tisane d'orge, régime sévère. Le liquide ne s'étant pas reproduit, et l'appétit ayant reparu, on donna à manger à la malade. (Tisane d'orge, deux cinquièmes de nourriture, lait.)

Même régime jusqu'au 5 mai. A cette époque, les parois abdominales étaient affaissées complétement; pas la moindre trace de liquide dans l'abdomen; sonorité générale à la percussion. Depuis cette époque, la malade a toujours été de mieux en mieux, l'état général s'est sensiblement amélioré, l'appétit est revenu ainsi que les forces. La malade est restée dans les salles jusqu'au 10 mai en qualité d'infirmière, elle a pu en remplir les fonctions sans éprouver aucun dérangement. Lorsqu'elle est sortie, le ventre était complétement revenu sur lui-même, la percussion abdominale était parfaitement normale, pas la moindre trace de liquide. Il est à noter que la paroi abdominale avait perdu sa souplesse et une partie de sa mobilité; on sentait dans différents points comme des surfaces rugueuses glissant les unes sur les autres. De plus, cette femme était guérie d'une hernie ombilicale considérable, grosse comme les deux poings, qu'elle portait depuis longtemps.

*Réflexions.* — Me proposant de revenir plus loin sur cette observation, je me contenterai de dire seulement que ce fait me paraît on ne peut plus favorable à l'injection iodée, et que la guérison doit lui être attribuée entièrement, puisque la malade n'avait ressenti aucun effet avantageux de la médication employée avant l'injection, et qu'après celle-ci, elle n'a pris aucun médicament actif.

Obs. II. *Tumeur abdominale, ascite; injection iodée; guérison.* — Catherine Cardin, trente-sept ans, sans profession, est entrée à l'hôpital Saint-André le 28 mars 1851, dans le service de M. Soulé. Cette femme, d'une stature assez élevée, d'une conformation régulière, d'un tempérament lymphatico-sanguin, habituellement bien réglée, excepté depuis cinq mois que les règles ont manqué, a eu des fièvres intermittentes pendant cinq années consécutives, et a pris de la quinine à haute dose. Il y a sept ans, une tumeur s'est formée dans la fosse iliaque droite. Cette tumeur qui, dans le principe, avait la grosseur d'un œuf de poule, augmenta peu à peu de volume, sans occasionner la plus légère douleur, et en cinq ans elle a pris à peu près le volume des deux poings d'un adulte, lorsque, il y a cinq mois, le ventre augmenta tout à coup, et acquit en quinze jours le développement

qu'il présente aujourd'hui. Depuis cette époque, quelques palpitations de cœur, orthopnée et œdème des membres inférieurs. Les fonctions digestives n'ont jamais été troublées.

A son entrée à l'hôpital, teinte janâtre de la peau, pommettes habituellement colorées, joues creuses, yeux caves, pouls calme, à 72 ou 76. Epigastre indolent, appétit conservé, point de toux, quelques palpitations de cœur, battements réguliers sans bruit spécial. Ventre développé, mesurant 107 centimètres au niveau de l'ombilic, large au niveau des flancs et des fosses iliaques, avec matité dans ces points, et sonorité tympanique au-dessus de l'ombilic; fluctuation des plus évidentes, pas d'albumine dans les urines.

Le 29 mars, une première ponction fut faite, et donna écoulement à 26 livres d'un liquide citrin demi-transparent. Le liquide évacué, on ne constata aucun développement du foie et de la rate; mais dans la fosse iliaque une tumeur bosselée, inégale, peu douloureuse à la pression et du volume que la malade lui avait assigné. En déprimant avec la main gauche la paroi abdominale correspondant avec la tumeur, et en refoulant le col de l'utérus avec l'index de la main droite, on n'éprouvait aucun mouvement, preuve que la tumeur était complétement indépendante de l'organe utérin, et qu'elle appartenait probablement à l'ovaire.

La présence de cette tumeur semblait être une contre-indication à l'injection iodée. Aussi se contenta-t-on d'appliquer un bandage de corps et d'exercer une compression méthodique autour du ventre. Mais le 14 avril, le liquide s'étant reproduit, le ventre ayant repris son ancien volume, une nouvelle ponction fut pratiquée, qui donna issue à un liquide offrant les mêmes caractères que la première fois. Comme le pouls était calme, que toutes les fonctions s'accomplissaient avec régularité, M. Soulé se décida à pratiquer une injection iodée (Eau 100 grammes, teinture d'iode 25; iodure de potassium 2.)

Cette injection détermina à peu près les mêmes phénomènes que chez la malade qui fait le sujet de l'observation Ire :

Face grippée, refroidissement des extrémités, douleurs abdominales violentes; le pouls descendit de 104 à 100, 96, 92, 84. Le soir, face colorée aux pommettes, peau chaude, yeux caves et cernés, langue un peu sèche, soif ardente, pouls concentré et fréquent, à 120; ventre météorisé et douloureux à la pression, douleurs abdominales générales, quelques nausées sans vomissements ; pas d'évacuations.

Le 17, nuit agitée, pas de sommeil, peau chaude, moite, pommettes colorées, même état du pouls, enduit jaunâtre et sécheresse de la langue; depuis hier au soir, les nausées ont cessé, ventre toujours douloureux à la pression, mais un peu tendu; pas d'évacuations. (Chiendent nitré, lavement miellé, diète.)

Le 18, la malade avait dormi une partie de la nuit, les douleurs abdominales étaient moindres et n'augmentaient pas par la pression ; le pouls était moins fréquent, à 104 ou 108 ; l'appétit était revenu, il y avait eu une garderobe. Après la visite du matin, cette femme voulut se lever pour aller au bassin ; elle fut prise, une heure après, d'une douleur vive, aiguë, lancinante, dans la fosse iliaque droite, douleur augmentée par une pression même légère, avec petitesse et fréquence du pouls, sécheresse de la bouche, soif vive. Le soir, M. le docteur Dupuy, chef interne de l'hôpital, fit appli-

quer 15 sangsues sur le point douloureux, et prescrivit des frictions avec l'onguent mercuriel et des cataplasmes. Diète absolue.

Le 19, la malade, qui avait perdu beaucoup de sang, souffrait beaucoup moins que la veille ; les douleurs n'étaient plus exaspérées par la pression; parois abdominales affaissées; pouls à 92, appétit. (Tisane d'orge, lavement émollient, cataplasmes, frictions mercurielles, 2 bouillons.)

Le 20, mieux notable : les douleurs avaient entièrement perdu leur acuité; 84 pulsations par minute, son clair partout à la percussion, excepté au niveau du point correspondant à la tumeur.

Depuis cette époque jusqu'au 15 mai, jour de sa sortie, l'état de cette malade a toujours été s'améliorant : les douleurs ont cessé, le pouls est revenu à son état normal ; les parois abdominales se sont affaissées, le son est devenu clair dans tout l'abdomen. Cependant la tumeur de la fosse iliaque était fort apparente, et les doigts éprouvaient, en palpant l'abdomen, la sensation que donnent des surfaces rugueuses et irrégulières. La malade avait promis de revenir si une récidive se produisait ; comme elle n'est pas revenue, il y a présomption que la guérison s'est maintenue.

*Réflexions.* — Quand on lit avec réflexion cette observation, et que l'on cherche à se rendre compte de la nature de la maladie, la première idée qui vient à l'esprit est que cette femme était atteinte d'une hydropisie enkystée de l'ovaire du côté droit. Mais en considérant 1° que la tumeur a mis cinq ans à acquérir un volume qui égalait à peu près les deux poings d'un adulte, volume qu'il a été facile d'apprécier après la première ponction ; 2° que c'est après quinze jours seulement que l'abdomen est devenu tout à coup assez volumineux pour offrir 107 centimètres de circonférence à l'ombilic ; 3° que l'abdomen n'avait pas du tout la forme, l'apparence extérieure qu'il présente dans les kystes de l'ovaire ; 4° que les phénomènes fournis par la percussion abdominale différaient de ceux que l'on obtient dans l'hydropisie enkystée de l'ovaire ; 5° que la fluctuation était, dans ce cas, on ne peut plus évidente, ce qu'on ne trouve pas aussi facilement dans les kystes ; 6° qu'il est très-rare qu'un kyste de l'ovaire prenne, en si peu de temps, un volume aussi considérable; 7° qu'après une première ponction, l'épanchement s'est reproduit en quinze jours, et que dans les kystes aussi volumineux, le liquide met beaucoup plus de temps pour se reproduire ; pour toutes ces raisons, on est porté à conclure que cette malade présentait une affection double, une maladie de l'ovaire et une ascite consécutive.

Les phénomènes qui ont suivi l'injection iodée me paraissent indiquer que cette femme a eu une inflammation de la séreuse. J'y reviendrai plus loin, à propos des lésions anatomiques. Mais un point que je ne veux pas oublier de mentionner ici, c'est que la présence d'une tumeur n'est pas une contre-indication absolue à l'injection iodée. M. Boinet avait fait, du reste, la même remarque, à propos d'une malade présentant une tumeur du pancréas, et qui a bien supporté l'injection.

Obs. III. *Ascite symptomatique d'une affection organique du cœur; injection iodée; mort quatre mois après l'injection, à la suite d'une pleurésie. — Nécropsie.* — Jeanne Vivier, trente ans, lingère, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, toujours bien réglée, éprouvant depuis trois ans les signes d'une maladie de cœur, affectée d'œdème des membres inférieurs et d'ascite, entra, le 29 décembre 1850, dans le service de la clinique médicale, pour une bronchite capillaire, qui fut modifiée très-avantageusement sous l'influence des antiphlogistiques, des révulsifs et du kermès. Le ventre présentait, chez cette femme, un développement énorme (117 centimètres de circonférence à l'ombilic) et une fluctuation des plus marquées. Infiltration des parois abdominales et des membres inférieurs; pouls petit, inégal, irrégulier; voussure et matité très-étendue dans la région précordiale; bruits du cœur forts, sonores, étendus, avec un bruit de souffle au premier temps.

Le 21 mars, la distension des parois abdominales amenant une gêne extrême dans la respiration, M. Gintrac fit pratiquer la ponction et faire une injection iodée avec le liquide suivant : eau, 100 grammes; teinture d'iode, 25; iodure de potassium, 2. La ponction donna issue à 26 livres de liquide. L'injection fut laissée à moitié dans le péritoine, et le ventre fut malaxé dans tous les sens, afin que tous les points de la séreuse fussent mis en contact avec la teinture d'iode. Contrairement à ce qui avait eu lieu pour les malades qui font le sujet des observations précédentes, cette femme s'aperçut à peine qu'on lui eût fait une injection : douleur passagère, pouls sans modification.

Le lendemain, le ventre n'était pas douloureux à la pression; pouls calme, quelques nausées sans vomissement. Le 23, on constate encore un peu de matité dans les parties déclives. Néanmoins, le pouls était calme; la malade demandait à manger. Le 28, le ventre n'offrait plus que 104 centimètres de circonférence; il était souple, indolent ; l'œdème des membres inférieurs avait notablement diminué. Bon appétit, battements du cœur moins forts, mais persistance du bruit de souffle. Cette malade resta dans le même état jusqu'au 30 juillet, c'est-à-dire pendant quatre mois après l'injection, lorsque, à la suite de l'exposition à un courant d'air froid, elle contracta une pleurésie aiguë, à laquelle elle succomba le 1er août.

A l'autopsie, nous trouvâmes dans la plèvre gauche un épanchement de 300 grammes à peu près d'un liquide séreux un peu trouble, et des fausses membranes jaunâtres tapissant les deux feuillets de cette membrane, un épanchement séreux dans le péricarde, une hypertrophie considérable du cœur, avec rétrécissement de l'orifice aortique, hypertrophie et induration des valvules sigmoïdes. Mais l'abdomen appelait surtout notre attention. En enlevant la paroi abdominale, il s'écoula un liquide jaunâtre demi-transparent, deux litres à peu près; les intestins, l'estomac, le foie, la rate étaient tous confondus en une seule masse. Tous ces organes étaient unis entre eux de deux manières :

1o Ils étaient revêtus par une fausse membrane mince, pellucide, demi-transparente, qui les recouvrait dans toute leur étendue. Cette fausse membrane passait d'une anse intestinale à une autre sans s'enfoncer dans les circonvolutions; elle jouait, par rapport aux anses intestinales, absolument le même rôle que le feuillet viscéral de l'arachnoïde par rapport aux circonvolutions cérébrales. On pouvait soulever cette membrane,

qui se déchirait facilement, il est vrai, mais que l'on pouvait cependant décoller dans une assez grande étendue, en employant les précautions nécessaires.

2° Il existait encore un autre moyen d'union entre les anses intestinales : c'étaient des filaments minces, blanchâtres, qui s'étendaient d'une anse à l'autre, comme ceux que l'on rencontre dans certaines pleurésies entre les deux feuillets de la plèvre. Ces filaments se déchiraient avec beaucoup de facilité. Le péritoine offrait une légère rougeur.

Dans la fosse iliaque gauche, dans le flanc du même côté et dans le flanc droit, on trouvait appendues à la surface du péritoine de petites masses jaunâtres, demi-transparentes, très-mobiles, tremblotantes, ressemblant à de la gelée, et ayant, par l'aspect, la forme et le volume, beaucoup d'analogie avec les hydatides. Ces petites masses se crevaient sous la pression et laissaient échapper un liquide offrant les mêmes caractères que celui indiqué plus haut; elles s'affaissaient alors et se réduisaient à l'état de membranes très-minces, dans lesquelles le liquide était enkysté.

Le foie, l'estomac, par sa face postérieure, et la rate formaient une masse unique qui occupait les deux hypocondres et l'épigastre. Ces divers organes étaient unis entre eux par des fausses membranes très-consistantes et très-difficiles à couper, même avec le scalpel. Les adhérences coupées, il s'écoula tout à coup un liquide jaunâtre, comme enkysté entre les divers organes; de telle sorte que si le liquide de l'ascite se fût reproduit au point de nécessiter une nouvelle ponction, et si l'on eût fait une nouvelle injection, 1° le liquide de ce kyste ne se fût pas écoulé, et 2° l'injection iodée n'eût pas pénétré jusque dans ce point. Pas d'altération de la muqueuse gastro-intestinale. Foie volumineux, surtout dans son lobe gauche, mais plus développé dans le sens transversal; tissu du foie assez dur, jaunâtre, résistant à l'incision.

Obs. IV. *Ascite symptomatique d'une affection organique du cœur ; injection iodée. Mort.* — Jean Moreno, âgé de quarante-six ans, homme d'une constitution forte et d'un tempérament sanguin, sujet depuis douze ans à des battements de cœur; ayant eu, à diverses reprises, de l'œdème aux membres inférieurs et une ascite, dont il avait été débarrassé plusieurs fois par l'emploi des diurétiques et des purgatifs, entra à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. Soulé père, avec tous les signes d'une maladie du cœur très-avancée, de la bouffissure à la face, de l'infiltration des membres inférieurs, de l'ascite (le ventre mesurait 106 centimètres au niveau de l'ombilic).

Traité sans succès par la gomme-gutte, le malade éprouvait une dyspnée si intense, que M. le docteur Gaubric, qui suppléait M. Soulé, crut devoir faire pratiquer la ponction et une injection iodée avec : eau, 100 grammes; teinture d'iode, 25; iodure de potassium, 2. Des douleurs sourdes suivirent l'introduction de la teinture d'iode; le pouls diminua de force et de fréquence (il était à 84 pulsations avant l'injection, il baissa jusqu'à 56). Pendant les trois ou quatre jours qui suivirent l'injection, on observa une fièvre légère ; les douleurs se calmèrent et disparurent. Au quatrième jour, le pouls était revenu à son état normal, le ventre était affaissé, les douleurs avaient cessé.

Vingt-quatre jours après l'injection, le malade mourut. L'autopsie montra un épanchement considérable dans les deux plèvres et dans le péricarde.

une hypertrophie considérable du cœur, avec rétrécissement relatif de l'orifice aortique. La cavité abdominale contenait à peu près 500 grammes de sérosité. Les anses intestinales formaient une masse unique ; elles étaient collées les unes aux autres par une matière blanchâtre, qui se détachait facilement; dans quelques points on observait des filaments, analogues à ceux qu'on trouve dans la pleurésie, unissant çà et là les deux feuillets du péritoine; le feuillet pariétal avait perdu de sa transparence. On trouvait aussi dans quelques points de petites tumeurs, analogues à celles décrites dans l'observation précédente, tumeurs constituées par une très-petite quantité de liquide enkysté dans une fausse membrane; le péritoine offrait une couleur un peu rosée, lorsqu'on enlevait les fausses membranes.

Il est facile de voir combien il y a d'analogie entre ce qui a été noté chez ce malade et ce que nous avons observé chez le malade qui fait le sujet de l'observation III.

Obs. V. *Ascite symptomatique d'une affection du cœur; injection iodée. Insuccès. Mort deux mois après l'injection, nécropsie.* — Jeanne Laperre, trente-cinq ans, domestique, d'une faible constitution, d'une stature peu élevée, d'un tempérament sanguin, toujours bien réglée, avait éprouvé, au mois de mars 1850, des douleurs à l'épigastre, qui s'accompagnèrent, pendant trois mois, de vomissements des matières ingérées dans l'estomac. Quelques purgatifs légers et quelques vésicatoires appliqués à l'épigastre suspendirent les vomissements pendant un mois; après quoi, ils reparurent, s'accompagnant de douleurs abdominales, qui devinrent générales. Des sangsues furent appliquées; la malade prit de nouveau des purgatifs légers. Une modification médiocrement prononcée suivit ce traitement. Au mois d'avril 1851, il survint de l'œdème aux extrémités inférieures; le ventre prit peu à peu, d'une manière uniforme, un volume considérable. Enfin lorsque la malade entra dans le service de la clinique médicale, le 4 juin 1851, elle offrait l'état suivant :

Teinte jaune terreuse de la peau, pouls mou, dépressible, à 80; douleur à l'épigastre, bouche amère, appétit diminué, parfois des nausées. Les vomissements avaient cessé, abdomen volumineux, pouls fortement tendu, veines sous-cutanées très-développées, circonférence au niveau de l'ombilic 92 centim.; fluctuation bien marquée, œdème aux membres inférieurs, orthopnée, quelques palpitations de cœur, battements du cœur un peu accélérés, forts, sans bruit spécial, pas d'altération des urines.

Depuis le 5 jusqu'au 15 juin, la malade fut traitée sans succès par des pilules composées de digitale, scille, scammonée et jalap, qui produisirent des vomissements à plusieurs reprises. Néanmoins la constipation nécessita l'emploi de lavements avec infusion de séné. Du 15 au 18 juin, petit-lait et gomme-gutte, à la dose de 10 à 15 centigrammes par jour. Le 18, chaleur normale de la peau; pouls à 100; ventre considérablement distendu, fluctuant. La malade éprouvant des douleurs abdominales, et demandant avec instance qu'on la débarrassât d'un poids énorme qu'elle était obligée de supporter, la ponction, pratiquée le même jour, donna issue à 15 livres d'un liquide clair, transparent et jaunâtre. Les organes abdominaux ne présentant aucune altération appréciable, on injecta : eau, 100 grammes; teinture d'iode, 25; iodure de potassium, 2.

La face pâlit presque immédiatement, et la pâleur devint extrême; re-

froidissement des mains, des pieds, de la tête. Le pouls descendit de 100 à 84, 76, 72, 68, et s'arrêta à 56 pulsations. Douleurs dans tout le ventre comme une brûlure, plus fortes au niveau de l'hypogastre; douleur le long des cuisses. L'injection fut laissée presque en totalité dans le péritoine. Le pouls commença à se relever un quart d'heure après l'injection. Le soir, la malade était assez bien; le pouls relevé, assez fort, sans irrégularité, à 96. La douleur de ventre avait diminué; une pression, même assez forte, ne l'exaspérait pas; pommettes légèrement colorées; langue humide; ni nausées, ni vomissements; sensation de brûlure le long des cuisses, sonorité tympanique de l'abdomen.

Le 19, nuit bonne et assez calme; peau chaude; pouls assez fort, à 96; langue assez humide, bouche sèche, soif; ni nausées, ni vomissements; pas d'évacuations; douleurs abdominales moindres. Le soir, le pouls était tombé à 80; douleur abdominale presque nulle. Le 20, pouls calme, à 76; face un peu colorée, langue humide et sans enduit, appétit, ventre indolent. Le 26, on s'aperçut que le liquide s'était reproduit; circonférence du ventre au niveau de l'ombilic 1 mètre; pouls calme, à 76. Du 26 au 29, la distension des parois abdominales augmenta beaucoup, et provoquait une dyspnée très-intense; la malade demandait une nouvelle ponction. Le 1er juillet la dyspnée était excessive, le ventre mesurait 112 centimètres de circonférence; pouls petit, assez fréquent, à 92; œdème considérable aux membres inférieurs. Le soir, je pratiquai la ponction, et je fis une injection d'iode avec 30 grammes de teinture, pour 2 grammes d'iodure et 100 grammes d'eau.

Les phénomènes observés après la première ponction se reproduisirent après celle-ci : pâleur de la face, refroidissement des extrémités, diminution du pouls qui, de 88 pulsations, descendit subitement à 48; sentiment de brûlure à l'hypogastre. A 10 heures du soir, le pouls s'était relevé; calme et sommeil pendant la nuit, pas de vomissements. Les jours suivants, les douleurs abdominales disparurent, l'abdomen donnait un son assez clair, l'infiltration des membres inférieurs avait diminué; mais le 10 juillet, le ventre commençait à se distendre de nouveau. L'emploi des pilules purgatives n'empêcha pas l'ascite de se reproduire, et de nécessiter deux ponctions nouvelles, l'une le 26 juillet, l'autre le 11 septembre.

La mort de la malade, qui eut lieu dix jours après, permit de constater une diminution du volume du cœur, les traces d'une ancienne endocardite dans le ventricule gauche (opacité et épaississement de l'endocarde), et dans le même ventricule, un caillot de la grosseur d'une noix, divisé en plusieurs loges remplies par du pus crémeux jaunâtre. Epanchement considérable d'un liquide séreux, trouble, contenu entre la masse gastro-intestinale, située en haut, et la cavité du bassin; adhérences très-résistantes, unissant la surface convexe du foie à la surface concave correspondante du diaphragme, ayant fait subir aux divers épiploons une rétraction considérable, qui appliquait les uns contre les autres le foie, l'estomac, la rate, le côlon transverse. Quant à la masse de l'intestin grêle, il n'y avait entre ses diverses anses, que des brides rares et faibles. Mésentère et grand épiploon également rétractés; par suite, toute la masse des viscères était maintenue dans la partie supérieure de l'abdomen, malgré l'évacuation du liquide, dans lequel on apercevait quelques traînées de pus. L'estomac présentait, vers sa petite courbure, à peu près à égale distance de son petit

cul-de-sac et de son ouverture cardiaque, une perforation circulaire de l'étendue d'une pièce de deux francs, à bords taillés à pic, durs, sans rougeur, qui était bouchée par une partie du côlon transverse; estomac diminué de volume, sans rougeur, sans ramollissement; muqueuse gastro-intestinale sans altération.

*Réflexions.* — Ce qui étonne dans l'observation précédente, c'est le peu d'accord qui existait entre les symptômes révélés par l'auscultation pendant la vie, et les lésions observées après la mort. Aucun de ces symptômes ne pouvait faire croire à l'existence d'un obstacle, à la circulation du sang dans l'organe cardiaque. A part la persistance des vomissements, qui n'avaient d'ailleurs rien de caractéristique, on ne pouvait non plus s'attendre à rencontrer dans l'estomac une altération aussi profonde que celle que cet organe présentait. Tous les viscères abdominaux étaient sains ; l'urine n'était pas albumineuse; il était donc permis de supposer que cette ascite était le résultat d'une péritonite ancienne, ou bien d'un appauvrissement du sang survenu à la suite des troubles que des vomissements aussi fréquents avaient dû apporter dans la nutrition.

Examinons maintenant les conséquences pratiques que l'on doit tirer de ces faits relativement à l'emploi des injections iodées dans l'ascite. Pour les présenter avec un peu de méthode, je passerai en revue successivement quatre points : 1° l'innocuité des injections ; 2° leur mode d'action ; 3° les cas où elles doivent être employées ; et 4° enfin, leur mode d'administration.

1° *Innocuité.* — Si les injections iodées ont trouvé tant d'adversaires, c'est, je crois, parce que l'on s'est beaucoup exagéré les effets qu'elles devaient produire. Ces craintes, que la raison pouvait inspirer, doivent, aujourd'hui, disparaître en présence des faits nombreux que la science possède, et par lesquels l'innocuité de ce moyen me paraît parfaitement établie. En effet, des 13 cas d'injection iodée rassemblés par M. Boinet, dans son mémoire, aucun n'a été suivi de mort, et l'injection a réussi 11 fois; quant aux deux cas où la guérison n'a pas eu lieu, M. Boinet fait remarquer que ceux-ci n'ont été suivis d'aucun accident, quoique le péritoine ait été soumis deux fois, à quinze jours d'intervalle, au liquide indiqué. A ces treize faits, viennent s'ajouter actuellement ceux que je viens de rapporter dans ce mémoire. Si nous les analysons, nous voyons que pour les deux premiers il y a eu guérison, et que dans les trois autres, la mort ne peut être évidemment attribuée au moyen employé. En effet, chez la troisième malade, la mort n'a eu lieu que quatre mois après l'injection, et elle a été causée par une pleurésie. Chez le deuxième malade, on pourrait plutôt attribuer la mort à l'injection iodée que chez

ce dernier et chez la femme de la troisième observation. Cette malade était parvenue, en effet, au vingt-cinquième jour ; mais si l'on réfléchit à l'état d'infiltration générale, à l'état avancé de la maladie du cœur, en un mot, aux circonstances défavorables dans lesquelles l'injection a été faite, on comprendra facilement que la mort ait eu lieu, sans recourir, pour l'expliquer, à l'injection iodée. Dans le dernier fait, l'injection a été répétée deux fois ; le liquide s'est toujours reproduit ; on a même été obligé de faire deux ponctions palliatives après la dernière injection iodée, et ce n'est que deux mois après que la mort est arrivée. Les lésions anatomiques observées à la nécropsie rendent suffisamment compte de l'issue de la maladie. Je me crois donc autorisé à dire, avec M. Boinet : « Ce qu'il y a de remarquable dans ces injections, c'est leur innocuité ; point de réaction, point d'accidents. Les phénomènes qu'on a notés après leur emploi ont été d'une simplicité étonnante : chez les uns, une sensation de chaleur avec absence de douleur ; chez les autres, une douleur plus ou moins vive, un sentiment de tension, chaleur du ventre ; chez tous, une fièvre légère, un peu de météorisme du ventre, de sensibilité à la pression, quelques coliques, de l'insomnie ; chez quelques-uns, des symptômes d'une péritonite légère ; chez d'autres, des symptômes de péritonite intense ; mais tous ces phénomènes ont été de très-courte durée, un ou deux jours seulement. »

Cette appréciation des phénomènes que l'on observe après l'injection me paraît exacte ; mais je veux appeler l'attention sur quelques symptômes qui se manifestent dès que la teinture d'iode se trouve en contact avec le péritoine. Cela me paraît utile pour dissiper les craintes de ceux qui emploieront ce moyen pour la première fois. Dès que la teinture d'iode a pénétré dans le péritoine, la face devient d'une pâleur extrême, les extrémités se refroidissent ; le pouls éprouve une modification subite bien remarquable : le nombre des pulsations diminue d'une manière extrêmement rapide. Chez la première malade, le pouls est descendu de 92 pulsations à 48 ; chez la deuxième, de 100 à 84 ; chez la dernière, de 100 à 56. En même temps, il perd de sa force, devient petit, concentré, presque inappréciable ; le ventre devient le siége de douleurs assez vives. Cette modification du pouls, ce refroidissement des extrémités, pourraient, je crois, inquiéter le médecin qui expérimenterait pour la première fois. Cet état dure ordinairement dix minutes ou un quart d'heure au plus, puis on observe des phénomènes complétement différents : la chaleur reparaît ; le pouls se relève et reprend les caractères qu'il avait avant l'injection ; la douleur diminue.

L'innocuité de l'injection iodée, quant aux phénomènes primitifs qu'elle produit, me paraît donc fortement démontrée. Dans aucun cas la mort n'est survenue ; dans aucun cas on n'a observé ces péritonites si promptement mortelles que quelques médecins redoutaient tant. Mais offre-t-elle la même innocuité quant aux phénomènes consécutifs ? Je crois ne pas devoir examiner cette question pour le moment, les objections qu'elle soulève étant fournies par l'anatomie pathologique. J'étudierai donc auparavant le mode d'action de l'injection iodée.

2° *Mode d'action de l'injection iodée.* — Avant de parler des effets que produit la teinture d'iode sur le péritoine, je rappellerai, en quelques mots, ce qui a été dit de l'action de ce médicament sur la tunique vaginale, et quelques expériences de MM. Thierry et Leblanc.

Dans la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine, à propos du travail de M. J. Roux (de Toulon), M. le professeur Roux et M. Gimelle ont soutenu, contrairement à l'opinion de M. Gerdy, que la guérison radicale par l'injection ne peut être obtenue dans l'hydrocèle qu'en amenant l'adhérence de la tunique vaginale. M. Gimelle a rapporté avoir disséqué un testicule, six mois après la guérison d'une hydrocèle par l'injection iodée, et avoir trouvé le testicule adhérent de toutes parts. Moi-même, j'ai pu constater dans un cas des résultats analogues. Néanmoins, M. Velpeau s'est montré moins affirmatif en faveur de l'oblitération constante de la tunique vaginale, et, dans ces derniers temps, plusieurs faits ont été publiés, dans lesquels la cavité séreuse aurait été trouvée parfaitement libre. Il est donc difficile de déterminer, au milieu de ces opinions diverses, quel est sûrement le mode d'action de la teinture d'iode ; cependant l'opinion qui semble la plus généralement admise, c'est que la teinture d'iode produit une inflammation, dont la conséquence est l'adhésion des deux feuillets de la séreuse et l'effacement de cette cavité.

Quant aux expériences de MM. Thierry et Leblanc, ces messieurs ont injecté de l'eau iodée dans les plèvres de deux chevaux, sans accidents sérieux. Les chevaux ont été sacrifiés après dix jours, et une phlegmasie avec fausses membranes, mais sans suppuration, existait dans la plèvre. MM. Thierry et Leblanc ajoutent que ces chevaux ne seraient certainement pas morts des suites de l'injection.

Voyons actuellement ce que j'ai trouvé chez les trois malades dont j'ai eu l'occasion de faire l'examen cadavérique.

Chez la première malade, toutes les anses intestinales étaient unies entre elles à l'aide de fausses membranes minces, friables. Indépendamment de ces fausses membranes qui unissaient les anses intestinales les unes aux autres, on en trouvait une que j'ai décrite avec soin et

qui les recouvrait toutes. Le foie, la rate, l'estomac étaient unis entre eux d'une manière intime par des fausses membranes très-résistantes. Enfin, on doit se rappeler encore les petites tumeurs que j'ai décrites et qui étaient appendues à la surface du péritoine.

Chez la deuxième malade, nous avons trouvé des lésions à peu près analogues, mais à un degré de développement moins avancé.

Chez la troisième malade, adhérences très-résistantes, qui unissaient la surface convexe du foie à la surface concave correspondante du diaphragme. Ce fait est en opposition avec ce que dit M. le professeur Velpeau (Recherches sur les cavités closes naturelles ou accidentelles de l'économie animale, 1843, p. 202), à savoir que, « dans les cas où les circonvolutions intestinales se sont collées entre elles, et dans lesquels la surface concave du foie et la surface concave de la rate ont contracté des adhérences avec le tube digestif, les régions convexes de tous ces organes sont restées libres dans leurs rapports avec les parois mobiles de l'abdomen. »

Ces adhérences avaient fait subir aux épiploons gastro-hépatiques et gastro-spléniques, à la portion du grand épiploon qui unit le côlon transverse à l'estomac, une rétraction considérable, qui applique les uns contre les autres ces divers organes, foie, rate, estomac, côlon transverse. Entre la masse de l'intestin grêle, il y avait des brides rares et faibles.

En présence de ces faits d'anatomie pathologique, il n'est pas possible, je crois, de contester l'action irritante de la teinture d'iode. Ces fausses membranes, faibles dans quelques points, plus fortes dans d'autres, et tellement résistantes dans certains cas, qu'il a fallu des efforts assez grands pour les détruire, ne sont-elles pas la preuve qu'il y a eu une inflammation de la séreuse, inflammation qui a été bien évidemment le résultat de l'irritation produite par l'injection iodée?

On se rend compte maintenant de la sensation qu'on éprouvait chez nos deux malades qui ont été guéries, lorsqu'on palpait l'abdomen, et l'on s'explique aussi comment la première malade a guéri, non-seulement de son ascite, mais encore d'une hernie ombilicale très-volumineuse, dont elle était affectée depuis longtemps.

L'injection iodée agit, dans l'ascite, en produisant une péritonite, qui n'a pas la gravité de la péritonite spontanée, mais qui n'en existe pas moins, et qui se traduit après l'injection par des douleurs abdominales, par un météorisme léger, par une fièvre qui dure deux ou trois jours, et, après la mort, par des adhérences, par des fausses membranes. C'est cette péritonite qui modifie la sécrétion trop abondante du péritoine.

Je ne crois donc pas, comme M. Boinet semble le dire, que l'iode

ait une action spéciale, propre à rétablir simplement l'équilibre rompu entre l'exhalation et l'absorption. Je ne crois pas, comme lui, que l'action de l'iode se limite à activer, à ranimer les fonctions absorbantes du péritoine, et à provoquer la résorption des épanchements; mais je crois que, si l'hypersécrétion du péritoine est arrêtée, c'est une conséquence de l'inflammation produite par la teinture d'iode.

C'est maintenant que je dois, ce me semble, examiner quels sont les effets consécutifs de l'injection iodée.

Pendant le travail de la digestion, on observe dans la masse intestinale des mouvements qu'on a appelés péristaltiques et antipéristaltiques. La propulsion des matières alimentaires d'une extrémité à l'autre du tube digestif est sans contredit l'effet le plus remarquable de la contraction des intestins. Pour que ces mouvements s'exécutent, il faut que les anses intestinales soient indépendantes les unes des autres, et lubrifiées constamment par la sérosité du péritoine. Or, puisque l'injection iodée a pour résultat d'amener la formation de fausses membranes et d'adhérences entre les anses intestinales, il est évident que ces mouvements doivent être gênés, s'exécuter difficilement; que par conséquent la digestion doit se faire d'une manière incomplète, et par suite la nutrition être troublée. Cette conclusion paraît être parfaitement rationnelle; mais les faits sont en opposition avec cette manière de raisonner : ainsi, chez nos deux premières malades, je n'ai jamais observé le moindre dérangement des voies digestives. La première a servi en qualité d'infirmière pendant les trois mois qui ont suivi sa guérison, dans la salle des femmes. Or, on sait combien ces fonctions sont pénibles à remplir; malgré cela, elle n'éprouvait aucune fatigue, aucun dérangement du côté des voies digestives. La deuxième malade n'est, à la vérité, restée que quinze jours à l'hôpital après sa guérison; il m'a donc été impossible d'apprécier les troubles qui ont pu exister plus tard du côté de la digestion. La troisième malade a succombé quatre mois après l'injection, à la suite d'une pleurésie; pendant tout ce temps, cette femme a suivi son régime habituel, sans éprouver le moindre dérangement. Il en a été de même de la cinquième malade, qui a succombé deux mois après l'injection.

Il me paraît donc démontré que l'injection iodée, tout en amenant la formation de fausses membranes et d'adhérences, et en détruisant par conséquent, en partie, les mouvements péristaltiques et antipéristaltiques de l'intestin, ne trouble en aucune manière les fonctions digestives. D'après cela, ne serait-on pas autorisé à penser que l'utilité de ces mouvements de l'intestin a été un peu exagérée?

3° *Dans quels cas doit-on employer la teinture d'iode?* — L'ascite peut être idiopathique ou symptomatique. Devra-t-on employer indifféremment l'injection iodée dans l'un et l'autre cas? L'innocuité de l'injection établie, il semble au premier abord qu'on devrait être autorisé à employer l'injection iodée, sans aucune restriction. Mais à côté du fait d'innocuité et par suite de possibilité, s'en trouve un autre qui me semble avoir une importance majeure : c'est le fait de l'*utilité*.

Quand l'ascite sera symptomatique d'une affection organique du cœur, du foie, de la rate, des reins, etc., etc., le malade pourra-t-il retirer quelque avantage véritable de l'injection iodée? Je n'hésite pas à répondre par la négative. Dans ces cas, ce n'est pas l'ascite qui fera mourir le malade, mais bien la cause qui l'a produite. Agir contre l'ascite, serait combattre un symptôme, sans se préoccuper de la cause. L'ascite pourra bien être modifiée, comme elle l'a été chez nos deux malades (3e et 4e observ.), mais comme résultat définitif, cette modification sera peu importante. Si cependant le ventre était trop volumineux, si l'épanchement trop considérable comprimait les viscères abdominaux et amenait une gêne extrême de la respiration ; en un mot, si l'épanchement par son abondance constituait un symptôme grave, on pourrait employer l'injection iodée pour modifier la sécrétion péritonéale, mais dans ce cas-là seulement.

Quand l'ascite sera idiopathique, quand elle sera le résultat d'une péritonite, quand elle surviendera à la suite de fièvres intermittentes ou bien à la suite d'une altération du sang, alors, dans le premier cas, l'injection iodée sera employée seule avec succès ; dans les autres, on commencera par un traitement général, et si ce traitement ne fait pas disparaître l'ascite, alors l'injection iodée sera employée encore avec succès.

Cette manière de voir trouve sa confirmation dans les faits que j'ai rapportés et dans ceux que M. Boinet a réunis dans son mémoire. Le seul cas, en effet, parmi ceux qu'il cite, où la guérison n'ait pas eu lieu, est une ascite symptomatique d'une cirrhose ; et ce résultat n'a pas été observé pour l'injection iodée seulement, mais pour toutes les injections irritantes de quelque nature qu'elles soient, qui ont été employées avant cette dernière.

4° *A quelle dose la teinture d'iode doit-elle être employée?* — Dans tous les cas que j'ai rapportés, la teinture d'iode a été employée aux doses suivantes : 1/4 de teinture sur 3/4 de véhicule, avec une petite quantité d'iodure de potassium, pour maintenir l'iode en dissolution.

Ces doses diffèrent un peu de celles qui sont mentionnées dans les diverses observations de M. Boinet. D'après les observations de ce médecin, la formule de l'injection devrait être 1/8 de teinture d'iode, sur 7/8 de véhicule.

Comme je n'ai observé aucun résultat désavantageux de la formule que nous avons employée, je crois devoir la conseiller. Si cette dose ne suffit pas, on pourra renouveler l'injection, en augmentant la dose de teinture d'iode.

Le procédé opératoire est le même que pour la paracentèse ordinaire.

En résumé : 1° la teinture d'iode, employée en injection dans l'ascite, est un médicament dont l'innocuité est parfaitement démontrée, dans ses effets tant primitifs que consécutifs.

2° L'injection iodée produit une irritation du péritoine, dont la conséquence est la formation d'adhérences et de fausses membranes entre les anses intestinales.

3° C'est donc en produisant une péritonite que l'injection guérit, et non en rétablissant seulement l'équilibre entre l'exhalation et l'absorption.

4° L'injection iodée doit être toujours employée dans les ascites dites *essentielles;* on ne doit l'employer dans les ascites symptomatiques que dans les cas cités plus haut.

5° Quoique gênant les mouvements péristaltiques et antipéristaltiques de l'intestin, par suite des adhérences qu'elle amène, l'injection iodée n'occasionne pas de troubles notables dans les fonctions de la digestion.

6° La dose de teinture d'iode doit être de 1/4 de teinture d'iode sur 3/4 de véhicule, avec une certaine quantité d'iodure de possasium; en cas de récidive, on peut sans crainte porter à 1/3 la dose de teinture d'iode.

# THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

## DE LA CAUTÉRISATION SULFURIQUE APPLIQUÉE AUX ARTHRITES CHRONIQUES ET AUX NÉVRALGIES : UN MOT SUR L'ACTION LOCALE DE L'AMMONIAQUE DANS CES DERNIÈRES AFFECTIONS.

Par M. LEGROUX, médecin de l'hôpital Beaujon.

Depuis plus de dix ans, à l'instigation de Mayor, à qui j'avais entendu vanter les bons effets de la cautérisation sulfurique, j'ai substitué ce caustique au fer rouge dans le traitement des arthrites chro-

niques. Le *Bulletin de Thérapeutique* a rapporté, il y a quelque années, plusieurs cas de guérison, puisés dans mon service. Depuis, je me suis toujours servi de ce moyen avec le même avantage, et, plus récemment, j'en ai étendu l'application aux névralgies, contre lesquelles M. Valleix a préconisé la cautérisation avec le fer rouge.

La cautérisation transcurrente par l'acide sulfurique est simple et facile, elle n'effraye pas le malade comme le cautère actuel. La douleur qu'elle produit, bien que parfois assez vive, est lente, graduelle, très-supportable, et peut, d'ailleurs, être calmée facilement par des applications fraîches.

Il est facile d'en limiter la profondeur à la superficie du derme, et, dans ce cas, elle ne laisse pas de cicatrice appréciable ; ce qui en permet l'emploi sur les parties exposées à la vue.

L'application de ce caustique à la thérapeutique médicale peut être d'autant plus utile qu'elle est plus facile et n'exige aucune préparation.

Quelques mots sur le mode opératoire. Je me sers habituellement d'acide sulfurique concentré ; il serait peut-être bon de l'étendre, si l'on voulait n'agir que superficiellement sur une peau fine et surtout chez des enfants. Un pinceau fait avec de l'ouate enroulée sur l'extrémité d'une petite baguette lui sert de véhicule. Le volume de ce pinceau est proportionné à la largeur de la *traînée* que l'on veut produire. Son diamètre, d'après cela, varie de quelques millimètres à un centimètre, et plus s'il y a lieu. Il est trempé dans l'acide, et légèrement abstergé sur un linge, afin qu'il ne laisse pas, dans son trajet sur la peau, une couche trop épaisse d'acide, dont l'effet serait trop profond. Il est ensuite promené sur la partie que l'on veut cautériser, assez rapidement pour ne laisser sur la peau qu'une légère humidité.

Comme le pinceau s'épuise du liquide qu'il contient, à mesure qu'il s'éloigne du point d'application, il est de précepte de ne presser que très-peu en commençant, et d'augmenter graduellement la pression, afin d'exprimer une suffisante quantité de caustique sur toute la ligne qu'on lui fait parcourir. Si l'on s'aperçoit que la fin du trajet parcouru par le pinceau n'est pas suffisamment humectée, on la repasse de nouveau, en rétrogradant, avec le pinceau.

Le nombre des *traînées de cautérisation*, leur longueur, leur largeur, varient suivant les localités et la nature de la maladie. Aux articulations, dans les cas d'arthrites chroniques, c'est sur les points les plus pourvus de parties molles, et où le gonflement est le plus marqué, que le pinceau est appliqué. Au genou, je fais ordinairement sur les côtés de l'articulation deux ou trois traînées, d'un centi-

mètre de largeur environ, et dépassant de quelques centimètres, en haut et en bas, le niveau des parties tuméfiées. Aux petites articulations des mains, aux articulations métacarpo-phalangiennes, qui deviennent, dans les rhumatismes chroniques, le siége d'une inclinaison analogue à celle des nageoires de poisson, je trace, avec un pinceau de quelques millimètres, de petits sillons entre les articulations.

Sur le trajet du nerf sciatique, une longue traînée est faite à l'aide d'un gros pinceau, le long de la partie postérieure de la cuisse. D'autres *traînées* moins larges sont faites sur les différents points de la jambe et du pied, où la douleur se fait sentir.

On conçoit que, suivant l'abondance des parties molles sous-jacentes, suivant que les parties sur lesquelles on opère sont habituellement nues ou couvertes de vêtements, on a intérêt à agir plus ou moins superficiellement afin d'éviter, dans certains cas, des cicatrices difformes.

Après la cautérisation, je recouvre les parties avec de l'ouate ; et, si la douleur devient un peu vive, avec des compresses trempées dans l'eau froide.

Les effets de cette cautérisation sont les suivants : sur la ligne touchée par le pinceau, l'épiderme blanchit ou jaunit légèrement, s'affaisse et se parchemine; une vive rougeur, qui disparaît dans l'espace de quelques heures, borde les parties cautérisées. Un sentiment de prurit ne tarde pas à se manifester ; il augmente et devient cuisson ou sensation de brûlure, plus ou moins vive, dont l'intensité varie suivant la profondeur de la cautérisation, suivant la sensibilité individuelle, mais qui cependant est toujours supportable, et dont la durée varie de quinze à vingt minutes, à une ou plusieurs heures.

Si la cautérisation est superficielle, l'épiderme parcheminé prend une teinte jaunâtre qui brunit ensuite ; il se rétracte et se détache au bout de deux ou trois septénaires, sous formes de squames plus ou moins larges, laissant sous lui une bande rouge, avec induration légère de la peau. Le caustique a-t-il pénétré plus profondément, l'épiderme devient un peu croûteux, brunit davantage, et se détache plus lentement. Sa séparation des parties saines est quelquefois marquée par une ligne ulcéreuse d'un rouge vif, mais sans suppuration appréciable. Il se détache sous forme de squames brunes et plus épaisses que dans le cas précédent, ou même sous forme de croûtes.

Après son élimination, les parties cautérisées restent rouges, indurées, ou ulcérées et suppurantes. La cicatrisation de ces dernières s'opère lentement. Le travail d'élimination des escarres superficielles

s'accompagne d'une inflammation assez vive, qui nécessite l'emploi de cataplasmes.

Tant que les parties cautérisées ne sont point exposées à l'humidité, elles restent sèches; il n'y a pas de suppuration appréciable, ou bien le pus qui transsude forme croûte en se desséchant. Mais lorsque l'épiderme est ramolli par des bains, des cataplasmes, ou même des sueurs abondantes, il se sépare et se détache plus rapidement, laissant après son élimination une surface qui suppure.

Après la cicatrisation complète, avec ou sans suppuration, la peau est sillonnée par une bande rouge plus ou moins saillante et indurée, qui s'affaisse et se décolore graduellement; et alors, suivant que le caustique a plus ou moins profondément agi, les points cautérisés n'en conservent aucune trace, ou bien sont marqués par un sillon blanchâtre, lisse et superficiel, ou enchâssé dans l'épaisseur du derme. N'ayant jamais traversé la peau avec ce caustique, je n'ai pas observé de cicatrice froncée.

Quelle que soit la maladie, arthrite chronique ou névralgie, anciennes comme récentes, auxquelles j'ai opposé ce moyen, *le premier effet thérapeutique observé a été constamment un soulagement immédiat, la disparition plus ou moins complète de la douleur.*

Dans les arthrites chroniques, et spécialement celles du genou, il est indispensable de joindre à la cautérisation l'immobilité absolue de l'articulation, en plaçant le membre dans une gouttière convenablement garnie.

Lorsque l'articulation n'est pas gravement compromise, ou bien quand, après une ou plusieurs cautérisations, le dégorgement en est en partie effectué, je remplace assez ordinairement la gouttière par un bandage dextriné, sous lequel s'opère avec facilité la cicatrisation des *traînées* de cautérisation. Cet appareil a l'avantage de fixer l'articulation dans l'immobilité, en même temps qu'il permet au malade de sortir du lit, de faire des mouvements, de marcher même, sans compromettre le succès du traitement, circonstance favorable à la conservation de la santé générale, qui pourrait souffrir de la position horizontale prolongée.

Dans les arthrites chroniques, il est souvent indispensable de revenir plusieurs fois à la cautérisation, soit que la résolution devienne languissante ou s'arrête, soit que l'inflammation se réveille. La réapplication des caustiques est, chaque fois, suivie des mêmes effets. De même, quand la névralgie n'a pas cédé complétement à une première cautérisation, ou quand des douleurs s'éveillent partiellement sur le trajet du nerf ou de ses divisions, il est nécessaire de les combattre par

de nouvelles applications faites sur le trajet de la douleur même.

Récemment, transportant la cautérisation sulfurique, des articulations malades au larynx affecté de phlegmasie ulcéreuse chronique, j'ai obtenu un résultat assez avantageux pour m'engager à l'expérimenter dans d'autres cas de maladies internes qui réclament une dérivation active.

La malade dont il s'agit est une femme phthisique, offrant d'ailleurs tous les phénomènes d'une laryngite ulcéreuse compliquée d'œdème : aphonie, toux laryngée, sèche, inspiration difficile, avec un bruit rauque particulier, expiration difficile, douleur vive au larynx, provoquée par la toux, l'ingestion des boissons, etc., orthopnée. J'ai fait sur le larynx trois traînées d'un centimètre de largeur environ ; deux, disposées en V ouvert en haut, recevant le larynx dans leur écartement; une autre, plus courte, verticale, sur l'espace hyo-thyroïdien. Dès le jour même, un soulagement notable s'est produit; la douleur s'est calmée, la respiration est devenue plus facile, et le larynx a laissé un libre passage à l'air inspiré, toutefois sans modification dans la marche des tubercules pulmonaires. Mais c'était beaucoup que d'avoir amendé un des accidents les plus fâcheux de cette maladie.

En appelant l'attention des médecins sur les bons effets de la cautérisation sulfurique dans les névralgies, je ne la présente pas comme un moyen infaillible. Le nombre des cas dans lesquels elle a été expérimentée n'est point assez considérable et d'autres faits, sont nécessaires pour en établir la valeur thérapeutique, pour assigner les conditions les plus favorables à son succès. Mais la facilité de son emploi, son innocuité, les bons résultats qu'elle a produits, s'ils se confirment, devront la faire préférer au fer rouge, dont il n'est pas toujours possible de limiter l'action, et qui est toujours effrayant pour les malades.

Les observations suivantes donneront une idée de son action dans la névralgie sciatique.

Obs. I. Bailly (Pierre), cocher, âgé de trente-cinq ans, entre à l'hôpital le 3 septembre pour une névralgie sciatique affectant le côté gauche. Ce malade est d'une constitution vigoureuse; il a été soldat et a souvent couché par terre, aussi a-t-il été affecté plusieurs fois de douleurs rhumatismales, tantôt musculaires, tantôt affectant le genou du membre malade, d'autres fois les reins (lumbago). Depuis quatre mois, il éprouve des douleurs vives, suivant le trajet du nerf sciatique, bornées à la cuisse. Jusqu'ici, il n'a fait aucun traitement. Le lendemain de son entrée à l'hôpital, M. Legroux pratique deux longues raies d'acide sulfurique sur le trajet de la douleur; le 5, à la visite, le malade dit souffrir beaucoup moins et marcher plus facilement; il sort le 15 septembre; les douleurs n'ont pas reparu.

Obs. II. Boudier (Ismaël), maçon, âgé de quarante-deux ans, entre à

l'hôpital le 1er octobre, affecté de sciatique du membre droit. Ce malade a déjà été plusieurs fois affecté de douleurs rhumatismales ; il a eu du lumbago plus de dix fois ; il s'est, du reste, toujours bien porté. Les douleurs de la cuisse et de la jambe droite ont commencé à se faire sentir au mois d'avril, après avoir travaillé dans un puits. Depuis ce temps, elles sont continues, avec des exacerbations fréquentes. Il y a eu quelques rémissions. Ainsi, au mois de juillet, il est entré dans le service de M. Sandras, et il a été soulagé par des vésicatoires pansés avec la morphine. Il y a un mois, il est entré à la Pitié, et des bains sulfureux lui ont procuré quinze jours de soulagement.

Le 5 octobre, application de quatre raies d'acide sulfurique, suivie d'un soulagement immédiat. Les jours suivants, le malade essaye de se lever. Il se plaint encore d'un peu de douleur sur le pied et au bas de la jambe. Le 14 octobre, deux nouvelles raies, une au bas de la jambe, une sur le pied. La douleur disparaît complétement.

Obs. III. Bernard (Philippe), employé au gaz, âgé de trente-neuf ans, entre le 9 juillet à l'hôpital. Il n'a jamais été malade, n'a jamais couché dans un lieu humide. Le 25 septembre 1848, il commence à souffrir dans le pied droit. Il attribue l'origine de son mal à la blessure produite par la pénétration d'une pointe de clou dans la plante du pied. Peu à peu la douleur remonte le long de la jambe, dans le jarret. Les douleurs sont plus vives la nuit. Vers le 1er avril 1849, douleur vive le long de la cuisse. Application de ventouses ; le mal ne continue pas moins, malgré les bains de vapeur et les vésicatoires, répétés jusqu'au 5 juin 1849. Le 9 juin, les douleurs avaient acquis une telle intensité, malgré des traitements énergiques, que tout mouvement du membre était devenu impossible. Quatre raies d'acide sulfurique le long du membre, une première à la cuisse, sur le trajet du sciatique ; une seconde dans le jarret, obliquement ; la troisième, sur le mollet ; la quatrième, sur le cou-de-pied. Cette application est accompagnée d'une douleur qui se prolonge un quart d'heure environ. Le soulagement est immédiat ; le malade passe une nuit calme, et dort pour la première fois depuis au moins un mois. Quelques jours après, le malade essaye de se lever. Peu à peu la force revient dans le membre, dont il ne s'est pas servi depuis deux mois. Il sort de l'hôpital dans les derniers jours d'août, et le mal ne s'est pas reproduit.

Obs. IV. Langlois (Alexandrine), âgée de trente-deux ans, marchande de fleurs, c'est-à-dire toujours au milieu de l'humidité, d'une faible constitution, habituellement bien portante, entre à l'hôpital le 19 juillet, affectée de sciatique du membre droit ; *elle a sevré son enfant, il y a trois semaines*. Elle souffre depuis la même époque. Douleur continue avec exacerbation fréquente. Elle ne peut plus se servir de son membre.

Le 20 juillet, application de quatre raies d'acide sulfurique le long du trajet de la douleur, à la cuisse, au jarret, au mollet, au pied. Le soulagement se fait sentir immédiatement ; la douleur de l'application a remplacé la douleur sciatique. Le lendemain, plus de douleur, la malade marche avec facilité. Elle sort quelques jours après ; nous ne l'avons pas revue (1).

(1) Ces observations ont été recueillies par M. Beauvais, interne du service que je dirige. Plus de détails eussent été désirables, sans doute ; mais, tels qu'ils sont, ces faits suffisent pour établir l'action puissante de cette cautérisation.

Chez un cinquième malade, la sciatique a résisté à plusieurs cautérisations successives. Il est vrai de dire qu'elle avait eu pour origine un violent effort musculaire. Dans ce cas, la chloroformisation locale a eu plus de succès. Le membre, enveloppé d'ouate imbibée de 8 grammes de chloroforme, fut placé dans une longue botte de toile cirée; le soulagement fut immédiat ; la guérison fut complète après trois ou quatre jours de l'emploi de ce moyen.

Récemment, chez un malade anémique, affecté d'une toux sèche avec raucité de la voix, et chez qui une douleur aiguë, lancinante, se produisait toutes les quinze à vingt minutes, transversalement au-dessus de la région du cœur, avec un sentiment d'anxiété qui rappelait l'angine de poitrine, j'ai pratiqué la cautérisation sulfurique sur le point occupé par la douleur. J'ai tracé, avec un pinceau imbibé d'acide, un sillon d'un centimètre de largeur, sur 8 à 10 de longueur : la douleur causée par cette opération a été vive et s'est prolongée pendant plusieurs heures. Mais la douleur morbide a disparu pendant plusieurs jours pour se reproduire ensuite, mais moins fréquente et très-supportable, et sans revêtir les caractères de gravité qu'elle avait avant la cautérisation. Si elle persiste, elle sera de nouveau attaquée par le même moyen.

*De l'action locale de l'ammoniaque liquide dans la névralgie faciale.* — A côté de la cautérisation sulfurique, je crois devoir placer l'*irritation* ammoniacale.

Chez un malade affecté d'une névralgie faciale, qui le rendait presque fou, tant la douleur était aiguë, j'avais eu l'intention de provoquer une vésication rapide, afin de faire pénétrer la morphine par voie endermique.

A défaut de pommade ammoniacale, que je ne pouvais avoir immédiatement, j'employai l'ammoniaque liquide, dont j'imbibai une rondelle d'amadou que je plaçai sur le point le plus douloureux. A l'instant, il se manifesta en ce point une vive sensation de froid, causée sans doute par la vaporisation de l'ammoniaque, et la douleur commença à diminuer; peu d'instants suffirent pour l'enlever complétement et avant que la vésication se fût produite. Je continuai néanmoins l'application jusqu'à vésication. La douleur ainsi enlevée n'eut que de légers retours, qui cédèrent au même moyen.

La réfrigération produite par l'éther vaporisé sur le point douloureux m'a paru, dans plusieurs cas, un moyen de soulagement, mais moins puissant que l'ammoniaque.

Récemment, chez une dame affectée déjà d'accès périodiques de névralgie faciale, qui avaient cédé au sulfate de quinine et ne s'étaient

pas reproduits depuis longtemps, j'ai eu vainement recours au même moyen pour un retour des mêmes douleurs, malgré la périodicité parfaite de ces accès qui duraient plusieurs heures avec d'affreuses tortures.

Au milieu d'une de ces violentes crises, voulant apporter un peu de calme, je me décidai à recourir à la vésication ammoniacale, suivie d'insertion de morphine. Une rondelle de flanelle, imbibée de quelques gouttes d'ammoniaque, était à peine appliquée depuis une minute sur le siége de la douleur qu'un soulagement s'ensuivit; la douleur, en diminuant, parut se réfugier du front vers les tempes; je la suivis en promenant des rondelles de même nature sur ces différents points : en huit à dix minutes, la douleur, si violente que la malade ne pouvait même percevoir la lumière la plus faible sans jeter des cris, et dont la durée probable eût été de plusieurs heures, fut complétement enlevée, et enlevée sans retour. L'action de l'ammoniaque avait été bornée à une légère rougeur de la peau, sans vésication.

Dans les douleurs fixées sur le trajet des gros nerfs, on pourrait peut-être remplacer la *cautérisation sulfurique* par l'*irritation ammoniacale*. C'est ce que je me propose de faire à la première occasion.

Je livre ces deux faits sans commentaires, attendant les résultats d'autres expériences. LEGROUX.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### POUDRE OU PILULES CONTRE L'AMAUROSE.

Nous empruntons au Formulaire de l'hôpital de Madrid les formules suivantes, pour l'emploi de l'arnica montana.

| | | |
|---|---|---|
| PR. Fleurs d'arnica | 2 50 | grammes. |
| Racine de valériane | 2 50 | grammes. |
| Gomme ammoniaque | 2 50 | grammes. |

Réduisez en poudre et ajoutez :

| | | |
|---|---|---|
| Tartre stibié | 0 05 | centigr. |

Divisez en trois doses, à prendre dans les vingt-quatre heures.

La poudre peut être réduite en pilules à l'aide d'un excipient convenable.

### POTION ANTITÉTANIQUE.

| | | |
|---|---|---|
| PR. Infusion très-concentrée de fleurs d'arnica | 100 00 | grammes. |
| Eau distillée de mélisse officinale | 60 00 | grammes. |
| Musc | 68 00 | grammes. |

Camphre...................... 4 00 grammes.

Ajoutez, suivant l'état des organes urinaires :

Nitrate de potasse............ 2 50, 3 50, ou 5 gr.

Le camphre est pulvérisé avec quelques gouttes d'alcool, on ajoute le musc et un peu de mucilage de gomme arabique; puis on fait dissoudre dans les liquides ces substances et le nitrate de potasse. — Dose : une cuillerée à bouche toutes les heures.

Cette potion a de très-bons résultats dans certains cas d'asthénie et dans les affections nerveuses, particulièrement dans celles qui affectent la forme convulsive.

---

POUDRE ANTISEPTIQUE.

Pr. Poudre de racine d'arnica. . } de chaque parties égales.
Bisulfate de quinine..... }
Camphre.............. }

Mêlez exactement.

Pour saupoudrer les ulcères rebelles et gangréneux.

---

INFUSION D'ARNICA.

Pr. Feuilles et fleurs d'arnica montana, de chaque. 4 grammes.
Eau commune...................... 750 grammes.
Sirop de citron.................... 60 grammes.

A prendre en quatre doses, à intervalles convenables.

Cette tisane est très-estimée dans les catarrhes pulmonaires chroniques sans fièvre, qui sont si fréquents chez les vieillards. Elle est également employée dans les paralysies des membres et dans certains cas de débilité nerveuse qui réclament des stimulants.

---

VINAIGRE D'OPIUM (*gouttes noires*).

Nous empruntons à la Pharmacopée des Etats-Unis, comme nous venons de le faire au Formulaire de l'hôpital de Madrid, quelques formules peu connues pour la plupart, et qui présentent quelque intérêt soit au point de vue de la préparation, soit à celui de l'action thérapeutique. Voici, par exemple, un procédé très-simple pour la préparation des gouttes noires :

Pr. Opium en poudre grossière...... 248 grammes.
Muscade en poudre grossière.... 46 grammes.
Safran...................... 15 grammes.
Sucre...................... 372 grammes.
Acide acétique dilué.......... Q. S.

Faites digérer l'opium, la muscade et le safran dans 700 grammes d'acide acétique dilué au bain de sable, à une douce chaleur, pendant quarante-huit heures, et passez. Faites digérer le résidu avec une égale quantité d'acide acétique dilué de la même manière, pendant vingt-quatre heures; versez le tout dans un appareil à déplacement, et versez de nouveau la liqueur filtrée dans l'appareil, à mesure qu'elle passe, jusqu'à ce qu'elle sorte parfaitement claire. Lorsque la filtration est terminée, versez peu à peu de l'acide acétique dilué sur le résidu qui est resté dans l'appareil, jusqu'à ce que vous ayez 1,400 grammes de liquide filtré; enfin, ajoutez le sucre, et évaporez au bain-marie jusqu'à réduction à 1,500 grammes.

Dans ce mode de préparation, on peut remplacer l'acide acétique dilué, par le vinaigre distillé.

---

EAU DE CAMPHRE.

| | | |
|---|---|---|
| Pr. | Camphre.................. | 8 grammes. |
| | Alcool..................... | 40 gouttes. |
| | Carbonate de magnésie......... | 12 grammes. |
| | Eau distillée................. | 1000 grammes. |

Broyez le camphre avec l'alcool, ajoutez le carbonate de magnésie, et terminez par ajouter l'eau peu à peu. Filtrez dans un filtre de papier.

Préparation très-usitée en Angleterre et aux Etats-Unis, comme excipient de divers médicaments, surtout en potion, à la dose de 15 à 45 grammes.

---

OXYDE D'ARGENT.

Nous donnons, d'après la Pharmacopée des Etats-Unis, le mode de préparation de cet oxyde, qui nous paraît appelé à jouer un certain rôle dans la thérapeutique :

| | | |
|---|---|---|
| Pr. | Nitrate d'argent.............. | 125 grammes. |
| | Eau distillée.................. | 250 grammes. |
| | Solution de potasse............ | 750 gr. ou Q. S. |

Dissolvez le nitrate d'argent dans l'eau ; ajoutez à la solution de la solution de potasse, tant qu'elle produit un précipité. Lavez le précipité à plusieurs reprises, jusqu'à ce que la liqueur de lavage n'ait presque plus de goût. Faites sécher la poudre qui reste sur le filtre, et gardez à l'abri des rayons lumineux, dans un flacon bien bouché.

Dose : de 2 à 10 centigrammes, trois fois par jour, en pilules.— Dans le traitement de la métrorrhagie principalement.

IODURE D'ARSENIC.

Nous donnons également le mode de préparation de ce médicament, déjà employé par Biett, à l'extérieur, dans le traitement des maladies de la peau, et aujourd'hui fort employé à l'intérieur, surtout à l'étranger, dans le traitement de ces mêmes maladies.

| | | |
|---|---|---|
| Pr. | Arsenic..................... | 4 grammes. |
| | Iode pur..................... | 20 grammes. |

Broyez l'arsenic dans un mortier, jusqu'à ce qu'il soit réduit en poudre très-fine, sans brillant métallique. Ajoutez ensuite l'iode et broyez-les ensemble, jusqu'à ce que le mélange soit parfait. Versez ce mélange dans un petit flacon ou dans un tube à essai, très-hermétiquement fermé ; et chauffez doucement, jusqu'à ce que la liquéfaction s'opère. Inclinez le vase dans diverses directions, dans le but de faire rentrer dans la masse fondue les portions d'iode qui auraient pu se condenser sur les parois. Versez l'iodure encore liquide sur une plaque de porcelaine ; et lorsqu'il est refroidi, brisez-le en morceaux et gardez-le dans un vase bien bouché.

Dose : à l'intérieur, 0,005, que l'on porte peu à peu jusqu'à 0,01, trois fois par jour, en pilules, avec de la conserve de roses ou avec un peu de manne dure.

SOLUTION D'IODURE D'ARSENIC ET DE MERCURE.

| | | |
|---|---|---|
| Pr. | Iodure d'arsenic................ | 1 gr. 75 c. |
| | Iodure rouge de mercure......... | 1 gr. 75 c. |
| | Eau distillée.................... | 250 gr. |

Broyez les iodures avec 15 grammes d'eau, et lorsque la dissolution est opérée, ajoutez le reste de l'eau, chauffez jusqu'à ébullition, et filtrez.

Très-bonne préparation, d'après les médecins anglais et américains, pour les maladies de la peau, de forme squameuse principalement. Dose : de 10 à 30 gouttes, trois fois par jour, à l'intérieur, dans une grande quantité d'eau distillée ; à l'extérieur, en lotions, 4 gram. pour 32 gram. d'eau distillée.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

### REMARQUES SUR UNE PLAIE DE L'ARTÈRE FÉMORALE, TRAITÉE ET GUÉRIE PAR UNE SEULE LIGATURE ET LA COMPRESSION.

Lorsqu'il s'agit d'un accident aussi grave que celui dont nous voulons parler, et où la statistique la moins contestable peut établir de la

manière la plus rigoureuse les résultats de l'observation, il semblerait que la thérapeutique dût en être irrévocablement fixée. Il n'en est point ainsi cependant. « Quand l'artère fémorale est ouverte, dit M. Guthrie, je n'ai jamais été dans l'obligation de lier le vaisseau divisé ; l'hémorrhagie a cessé au bout de douze heures, et les seuls efforts de l'organisme ont suffi pour en prévenir le retour. » On ne peut nier d'une manière plus formelle la nécessité de l'intervention de l'art, dans un cas qui semble l'appeler le plus impérieusement. D'un autre côté, des hommes, et en bien plus grand nombre, qui font également autorité dans la science, prescrivent dans ces cas, immédiatement et toujours, l'emploi de toutes les ressources dont on dispose pour arrêter mécaniquement l'écoulement du sang, sous peine de voir infailliblement la mort survenir par suite de l'hémorrhagie. Nous ne demanderons pas, en face de ces deux solutions contradictoires, le parti auquel doit s'arrêter le praticien, quand il se trouve en présence d'un semblable accident. Dans l'état actuel de la science, cette question ne peut même pas être posée. Il n'y a pas deux conduites possibles ici, il n'y en a qu'une seule ; c'est celle qui consiste à employer, dans un cas donné, les moyens les plus sûrs pour arrêter l'hémorrhagie, et en même temps pour en prévenir le retour. Cependant, ce n'est pas sans s'appuyer sur un certain nombre de faits que le célèbre chirurgien anglais a été conduit à formuler le précepte étrange que nous venons de rappeler. Il n'est point très-rare, en effet, de voir l'hémorrhagie par suite de la blessure de l'artère fémorale, comme de toute autre artère, s'arrêter spontanément, et la maladie guérir sans aucune opération qui ait eu pour but de suspendre l'écoulement du sang. Mais ceci n'arrive guère que dans des cas spéciaux ; c'est lorsque l'artère a été divisée par des projectiles lancés par des armes à feu ; mais, lorsque la lésion de l'artère est due à l'action d'une autre cause, les choses ne se passent pas d'une manière aussi simple, et il faut nécessairement recourir aux divers procédés de l'art pour arrêter l'hémorrhagie, et prévenir une terminaison funeste. Dans ces cas mêmes, il est vrai, on a vu quelquefois l'écoulement du sang se suspendre spontanément, et les blessés guérir : c'est qu'alors le plus ordinairement sous l'influence d'une syncope, le sang s'est coagulé en dehors du vaisseau divisé, et a fait ainsi obstacle à l'hémorrhagie. Mais qui pourrait compter sur cette bonne fortune? Une telle confiance serait, en pareil cas, de l'imprudence au plus haut degré.

Que si, avant de rapporter le fait qui est l'objet principal de cette note, nous avons fait les réflexions qui précèdent, c'est que notre inhabitude des opérations chirurgicales nous inclinait fortement, en présence de ce fait, à nous laisser diriger par les préceptes de M. Guthrie. Un

peu de résolution toutefois nous a bien vite fait triompher de cette hésitation, et, agissant d'après des principes un peu plus sûrs, nous avons vu notre heureuse témérité couronnée d'un plein succès. Il n'est pas de médecin, si peu chirurgien qu'il soit, qui ne puisse se trouver en face d'un cas semblable, et à qui ne puisse incomber l'obligation scabreuse de se faire opérateur un peu *invitâ Minervâ* : c'est la situation précise dans laquelle nous nous sommes nous-même trouvé. Nous dirons avec vérité et simplicité ce que nous avons fait, et peut-être sortira-t-il de là quelque enseignement utile, non certes au point de vue de la science, mais au point de vue de la pratique, dans les cas exceptionnels, mais inévitables, où le médecin est forcé de s'improviser chirurgien.

Un jeune homme de quinze ou seize ans, garçon boucher, étant occupé à dépouiller un mouton, laisse échapper de sa main le couteau dont il se servait pour cette opération; ce jeune homme rapproche instinctivement les jambes pour retenir ce couteau, qui, par ce mouvement malencontreux, vient s'implanter à la partie interne et au tiers inférieur de la cuisse, précisément dans la direction de l'artère crurale. Aussitôt un sang rouge, rutilant, jaillit du fond de la plaie, par saccades régulièrement intermittentes. Les personnes qui entourent le blessé couvrent de linges la plaie et exercent une certaine compression sur celle-ci; mais ces moyens sont insuffisants, le sang continue de couler en très-grande abondance. On envoie immédiatement chercher un médecin, qui arrête l'hémorrhagie à l'aide du tourniquet ordinaire placé à une petite distance au-dessus de la plaie. Ce médecin me fait demander. Après avoir reconnu la gravité du cas que nous avions sous les yeux, je lui témoignai la crainte que j'avais que mon inhabitude des opérations ne me rendît difficile de secourir efficacement ce malheureux jeune homme. Cependant il fallait se décider; je me décidai. Je m'armai résolument d'un bistouri, et j'agrandis la plaie dans le sens de sa longueur. L'émotion s'ajoutant aux difficultés mêmes de l'opération, celle-ci fut longue et extrêmement laborieuse. Pourtant, les premières impressions vaincues, j'agis un peu plus méthodiquement, et, à force de patience, j'arrivai à éviter la lésion de vaisseaux ou de nerfs importants, et ne fis pas, je crois, trop de dilacérations inutiles. Quand je fus arrivé à une certaine profondeur, le sang coulant avec abondance, du sang coagulé, d'autre part, me masquaient complétement les tissus. C'est en vain que j'enlevai ce dernier autant que je le pus, que je fis exercer la compression d'une manière plus sûre, en plaçant un tampon sur l'artère crurale, dans l'aine, en l'y fixant par une main vigoureuse; il me fut impossible de reconnaître le point de l'artère qui était blessé. J'agrandis davantage la plaie, et parvins enfin à dégager

l'artère, que j'étreignis par un lien convenable; je ne saurais dire précisément à quelle distance de la plaie, mais certainement à près de deux pouces. Je fis cesser la compression : l'hémorrhagie était arrêtée. Satisfait de ce résultat, je n'osai pas, je l'avoue, placer une seconde ligature au-dessous du point présumé où le vaisseau avait été coupé. Je me contentai d'exercer sur la plaie et au-dessous une compression, dans la vue de prévenir le retour de l'hémorrhagie par l'abord du sang dans le bout inférieur du vaisseau divisé. Cette espérance fut déçue, l'hémorrhagie se reproduisit deux fois dans l'espace de quinze ou dix-huit jours. La première fois, je la suspendis par le moyen d'une compression plus énergique et mieux faite sur la plaie, et au-dessous; la seconde fois, par une compression sur les mêmes points, et en même temps à l'aide d'un tampon très-fort appliqué au pli de l'aine, et maintenu par le spica de cette région.

Divers accidents sont venus compliquer l'état du malade, soit pendant l'opération, soit pendant la convalescence. Pendant l'opération, qui dura plus d'une heure (pourquoi ne le dirais-je pas?), il y eut plusieurs syncopes incomplètes : je m'arrêtais alors, et me remettais à l'œuvre ensuite. Pendant la convalescence, plusieurs points, sur le cou-de-pied, sur les orteils, noircirent. Cette gangrène fut superficielle et s'arrêta. Dès que je le pus, je nourris substantiellement le blessé; et enfin, au bout de deux mois, il fut complétement rendu à la santé, et le membre blessé jouit de la plénitude de ses mouvements et se nourrit aussi bien que l'autre.

La méthode opératoire que l'expérience raisonnée a démontrée être la plus efficace dans les accidents analogues à ceux que nous venons de rapporter, est celle qui consiste dans l'application d'une double ligature, l'une placée au-dessus, l'autre placée au-dessous de la division artérielle. La raison de cette pratique c'est que, quand on se borne à la première de ces ligatures, on court le risque de voir le sang artériel arriver par la circulation collatérale au bout inférieur et reproduire l'hémorrhagie. Quand ce malheureux accident survient dans la blessure de l'artère fémorale, le moyen le plus sûr est de recourir à la méthode dite d'Anel, et de lier l'iliaque externe. C'est là toutefois, on ne peut se le dissimuler, une détermination grave, même pour les plus habiles : et puis il peut résulter de l'application de cette méthode un danger que la plus grande habileté opératoire est impuissante à conjurer, c'est à savoir la gangrène du membre. D'un autre côté, quand il s'est écoulé un certain temps entre l'accident et le moment où le blessé peut être secouru d'une manière efficace, le sang infiltré dans les tissus ambiants peut rendre difficile la découverte du

point où le vaisseau a été divisé, celle du bout inférieur, quand la division a été complète : la méthode de la double ligature, la plus rationnelle, sans contredit, devient alors d'un emploi difficile, sinon complétement impossible. Dans ce cas, faut-il immédiatement recourir à la méthode opératoire dont nous venons de parler, et qui expose le blessé à toutes les suites d'une gangrène toujours étendue, quand une fois elle s'est produite? Nous avouons notre incompétence à résoudre cette question; cependant le fait que nous venons de rapporter, et dont nous pourrions rapprocher plusieurs faits cités par les chirurgiens, et où les choses se sont passées aussi heureusement, tendrait à établir que cette méthode extrême n'est pas celle que la prudence conseille tout d'abord peut-être. D'abord, il est des cas où une seule ligature, appliquée au-dessus du point où le vaisseau a été divisé, a suffi non-seulement pour arrêter l'hémorrhagie immédiatement, mais encore pour l'arrêter d'une manière définitive : et puis, l'on a toujours la ressource à laquelle nous avons dû en partie, certainement, le succès dans le cas précédent, c'est-à-dire la compression, appliquée à la fois sur la plaie et au-dessous, et en même temps sur l'artère fémorale, à son point d'émergence du bassin. Nous savons bien que cette compression ne met pas complétement à l'abri des conséquences graves que peut entraîner la méthode d'Anel; mais il est impossible que ce danger ne soit pas au moins éloigné par là.

Lorsqu'on réfléchit au danger que peut entraîner l'application d'une seule ligature dans les blessures des gros troncs artériels, et qu'on sait que ce danger provient de la possibilité du retour du sang dans le bout inférieur du vaisseau divisé par la circulation collatérale, on est conduit à se demander si ce danger ne pourrait être conjuré par d'autres moyens que la compression, qui, elle aussi, a ses périls. Comment agit cette compression? Evidemment d'une façon toute mécanique, en amoindrissant l'effet d'impulsion du sang, et en permettant par là au caillot sanguin de se solidifier et de faire obstacle au retour de l'hémorrhagie. Mais il est des moyens purement médicaux qui peuvent concourir également à ce but, et qui n'offrent pas les dangers d'une compression longtemps prolongée : c'est la digitale. Pourquoi ne recourrait-on pas à cet hémostatique interne, si nous pouvons ainsi dire, dans les cas dont nous parlons, c'est-à-dire après l'application d'une seule ligature, soit qu'on crût celle-ci suffisante, soit que l'état des parties rendît impossible la découverte du bout inférieur du vaisseau divisé? Sans doute, la digitale, alors même qu'elle agit le plus efficacement, ne fait que ralentir la circulation du sang artériel; mais n'est-ce rien que ce résultat? Supposez qu'à l'aide de ce moyen, et dans

les circonstances que nous supposons, vous serez parvenu à faire tomber le pouls de 70 pulsations à 40, au-dessous même de ce chiffre ; croyez-vous que ce ralentissement du cours du sang dans les collatérales qui peuvent faire reparaître l'hémorrhagie, ne concourrait pas à conjurer ce danger ? croyez-vous que cet état de choses ne favoriserait pas la force plastique dans le travail d'oblitération qui est nécessaire pour la guérison radicale du mal ? Nous croirions d'autant plus utile de tenter, en pareil cas, l'emploi de ce moyen, qu'il n'en exclut aucun autre. C'est ainsi, par exemple, qu'en même temps qu'on aurait recours à la digitale pour en obtenir son effet physiologique au profit de la circulation générale, on pourrait également employer la compression, mais alors avec moins de force, secondée qu'elle serait par l'action de l'hémostatique interne ; c'est ainsi qu'on pourrait également employer la glace *intus et extra* pour arriver au même but. Il va sans dire que la digitale ne devrait être mise en usage que pour prévenir le retour de l'hémorrhagie, pour aider le travail oblitérateur de la nature : nous ne faisons cette remarque que pour ajouter immédiatement que le seul danger que pourrait entraîner l'emploi de ce moyen, serait de provoquer des vomissements, chose funeste en pareille circonstance. C'est là le motif pour lequel il ne faudrait administrer aux blessés que des doses légères de digitale, afin d'obtenir plus sûrement la tolérance, et n'augmenter ces doses que progressivement.

Nous ne pousserons pas plus loin ces remarques, mais nous ne finirons pas sans rappeler qu'en écrivant cette note, nous avons eu en vue bien moins de traiter une question de chirurgie, que de montrer qu'un médecin tout à fait étranger à la pratique chirurgicale peut, avec quelque décision dans l'esprit, risquer quelques opérations, quand celles-ci lui sont imposées par des circonstances impérieuses. L'hésitation d'un médecin non sans mérite, notre hésitation à nous-même en face d'un accident qui exigeait un secours immédiat, nous ont fait un devoir de publier cette note. Le cas échéant, qu'ils se souviennent de cette hésitation, pour l'éviter, ceux qui comme nous, en matière de chirurgie opératoire, se disent comme le poëte :

Consilium nobis resque, locusque dabunt.

Max Simon, D. M.
à Aumale (Seine-Inférieure).

## BIBLIOGRAPHIE.

*Manuel complet de médecine légale*, ou résumé des meilleurs ouvrages publiés jusqu'à ce jour sur cette matière, etc., par MM. J. Briand, docteur en médecine, et Ernest Chaudé, docteur en droit, contenant un traité élémentaire de chimie légale, par M. H. Gaultier de Claubry. Cinquième édition. Paris, 1852.

L'importance de la médecine légale n'a pas besoin d'être signalée à nos lecteurs. Il n'est pas de praticien qui n'ait plus ou moins fréquemment à prêter ses lumières à l'autorité ou à la justice ; et la gravité de ces témoignages fait peser sur lui une réponsabilité qui n'est pas moins grande que celle qu'il encourt tous les jours vis-à-vis de ses malades. De là l'indispensable nécessité pour lui de se tenir au courant des progrès incessants de cette importante branche de la médecine. C'est aussi ce qui explique le nombre et le succès toujours croissant des ouvrages de médecine légale et des éditions qui se succèdent avec tant de rapidité.

Depuis la première publication de l'ouvrage que nous annonçons en ce moment, les habiles éditeurs n'ont cessé de faire de louables efforts pour le maintenir à la hauteur de la juste réputation qu'il a acquise. C'est en recueillant avec soin, dans l'intervalle de leurs éditions successives, tous les documents utiles au perfectionnement de leur œuvre, en enregistrant minutieusement tous les faits scientifiques importants, au fur et à mesure qu'ils se produisent, ainsi que les décisions judiciaires capables de faire autorité pour l'avenir, qu'ils ont fait de chaque édition nouvelle un ouvrage toujours complet, toujours au courant de la science et toujours digne de la confiance des médecins, certains d'y trouver un guide sûr pour la solution des nombreux et difficiles problèmes que soulève à chaque pas la médecine légale.

Cette nouvelle édition, qui est la cinquième, mérite surtout d'être signalée pour les nombreuses additions et les importants remaniements qui en font un livre en quelque sorte nouveau.

Tandis que d'un côté d'importants arrêts rendus par la Cour suprême ou par les Cours d'appel fixaient des points essentiels de jurisprudence; tandis qu'à défaut de cette réforme si vainement attendue, le gouvernement lui-même, éclairé par les avis d'hommes spéciaux, introduisait dans les lois et règlements qui régissent l'exercice de la médecine et de la pharmacie, quelques changements partiels dont le besoin était généralement reconnu ; la science médico-légale, de son côté, ne cessant de marcher dans la voie expérimentale qui lui a déjà

valu de si beaux résultats, s'est enrichie, durant le petit nombre d'années qui sépare cette édition de la précédente, de plusieurs découvertes et de plusieurs faits importants. Arrêts, règlements et faits scientifiques nouveaux, tout a trouvé sa place dans l'excellent cadre du Manuel. Nous n'essayerons pas de faire une énumération complète de toutes ces additions; il nous suffira d'en citer quelques-unes.

Le chloroforme et les autres agents anesthésiques ont donné lieu à deux ordres de considérations : les unes chimiques, sur la recherche de ces substances au sein de l'économie; les autres médico-légales, sur leur action toxique et sur l'opportunité de leur emploi dans quelques cas de médecine légale, tels que la constatation de certaines maladies simulées.

La nicotine, dont un procès célèbre a révélé naguère la puissance toxique si énergique, a été, comme on le sait, l'occasion de beaux travaux et le point de départ d'une méthode nouvelle pour la recherche des alcalis organiques dans les matières suspectes, dont on trouvera ici l'exposition. Nous ne ferons, à cet égard, qu'une simple réflexion. Nous regrettons qu'en rendant un hommage, bien mérité d'ailleurs, à un toxicologiste étranger, en rapportant tout au long ses travaux sur ce sujet, l'auteur de la partie chimique de cet ouvrage ait semblé méconnaître les droits non moins justement acquis d'un de nos compatriotes à cette importante découverte.

Le chapitre important de l'empoisonnement par l'arsenic s'est accru des nombreux travaux accomplis dans ces dernières années, tant sur les perfectionnements apportés aux procédés de recherche du poison dans l'économie, que sur la recherche de cet agent dans les terrains des cimetières et dans les substances qui recouvrent les corps.

Le mémoire de M. Tardieu, sur les indices d'après lesquels on peut constater l'identité d'un individu, fait le sujet d'un chapitre nouveau.

Les belles recherches microscopiques de M. Ch. Robin, sur les taches de sang; celles de M. Taddeï, de Florence, sur les moyens de distinguer le sang de l'homme de celui des animaux; celles de M. Orfila, sur la substance cérébrale desséchée, s'y trouvent également consignées.

Nous n'avons pas besoin de dire que le Traité de chimie légale dont M. Gaultier de Claubry avait enrichi la précédente édition, et qui forme un complément si important de cet ouvrage, a reçu dans cette nouvelle édition tous les développements et tous les perfectionnements dont elle était susceptible.

Quant à la partie *légale*, enfin, indépendamment des articles de jurisprudence placés dans le corps de l'ouvrage, et qui ont tous été revus et, suivant les besoins, complétement refondus, M. Ernest Chaudé

'a complétée par des commentaires qui portent la lumière dans le chaos des lois qui régissent l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

---

## BULLETIN DES HOPITAUX.

---

*Emploi topique de la solution de gutta-percha dans la variole, comme moyen de prévenir les cicatrices difformes de cette maladie.* — Deux années se sont écoulées depuis que nous avons fait connaître les premiers essais tentés avec le collodion par notre honorable confrère, M. Aran, pour obtenir l'avortement des pustules varioliques et prévenir, par conséquent, les effroyables cicatrices que laissent à peu près constamment les varioles graves. Ces essais ne pouvaient laisser aucun doute sur la possibilité d'obtenir l'avortement des pustules; mais cet avortement est-il bien indispensable et ne peut-il pas avoir des inconvénients? C'est là ce que s'est demandé un des médecins les plus distingués de notre époque, M. Stokes. Substituant la solution do gutta-percha dans le chloroforme au collodion, ce médecin a couvert la face de cet enduit, mais seulement lorsque les pustules étaient en pleine maturation, ou quand elles présentaient même à leur sommet un commencement d'affaissement très-sensible, et les résultats, suivant lui, ont été des plus avantageux. L'importance de cette question nous engage à publier les deux faits qui ont été rapportés par M. Robert Graves.

*Premier fait.*— Anne Kenny, âgée de dix-huit ans, entrée à l'hôpital de Meath le 11 mai dernier, malade depuis le 6, non vaccinée. La maladie avait débuté par des frissons, de la céphalalgie, des douleurs dans les lombes, mais sans vomissements. Le 8, l'éruption avait paru : elle était bien développée et confluente à la face, fièvre de forme typhoïde avec prostration considérable des forces ; elle souffrait beaucoup de douleur et de démangeaison à la face. (Enduit de gutta-percha, vin, mixture de carbonate d'ammoniaque.) Soulagement très-notable après l'application de l'enduit. Le 13, elle se trouvait beaucoup mieux; un nouvel enduit fut appliqué. Le 22 mai, les choses continuaient à marcher favorablement : toutes les croûtes étaient tombées à la face par larges plaques, et sauf une coloration particulière, à peine si l'on eût pu saisir sur la face une trace de l'affection. Pendant toute la maladie, le visage avait continué à être humide, et il n'y avait eu d'ulcération nulle part.

*Deuxième fait.* — Catherine Sherlok, âgée de douze ans, non vaccinée, entrée au septième jour de l'éruption. La maladie avait débuté

par de la céphalalgie, des douleurs dans les lombes et des frissons, mais sans maux d'estomac. Fièvre très-vive, avec abattement; éruption bien sortie, confluente, couvrant complétement la face, qui était le siége d'une douleur et d'une démangeaison assez vives pour empêcher le sommeil. La solution de gutta-percha fut employée comme chez la malade précédente et la soulagea beaucoup. Du vin lui fut administré également. Le 22 mai, toute trace de la maladie avait disparu ; les croûtes tombaient par larges plaques et les cicatrices étaient insignifiantes, comparées à la violence de la maladie. La face avait présenté une humidité continuelle sous l'enduit, comme dans le cas précédent.

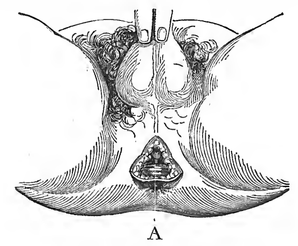
En l'absence d'expérience personnelle, on comprend qu'il nous est difficile de juger la pratique recommandée par M. Stokes. Il ne nous paraît pas cependant bien démontré par les deux observations précédentes qu'on puisse éviter par ces applications de gutta-percha, faites à une époque aussi avancée de l'éruption, les cicatrices et les difformités qu'entraînent si souvent à leur suite les varioles confluentes ; mais ce que nous pouvons certainement assurer, c'est que M. Stokes s'exagère les inconvénients des applications topiques faites sur la face pour arrêter la marche des pustules. Jamais ces applications n'ont, à notre connaissance, ajouté le moins du monde à la gravité des accidents ; elles peuvent être seulement douloureuses pour les sujets irritables ; mais encore avec le collodion modifié, et surtout avec la solution de gutta-percha, on éviterait en grande partie ces inconvénients. La question ne nous paraît donc pas jugée, et de nouveaux faits sont nécessaires pour la résoudre.

---

*Nouveau procédé opératoire pour l'extraction des calculs de la portion membraneuse de l'urètre et de la prostate.* — Souvent les calculs de la portion membraneuse de l'urètre sont, pour les chirurgiens, une source de grandes difficultés. Petits, ils peuvent être amenés au dehors, à l'aide d'un certain nombre d'instruments, ou repoussés dans la vessie, dans laquelle ils sont définitivement broyés ; mais lorsqu'ils ont acquis un certain volume, qu'ils ont refoulé les parois de l'urètre, dans lesquelles ils se sont creusé des loges, non-seulement alors ils ne peuvent être détruits par la lithotritie, mais encore ils sont difficilement extraits à l'aide d'opérations sanglantes. Témoin de ces difficultés, M. Demarquay a appelé l'attention de ses collègues de la Société de chirurgie sur le procédé suivant :

Le malade étant placé comme pour l'opération de la taille, un cathéter est introduit dans la vessie si son canal excréteur est libre, si-

non le chirurgien opère sans conducteur. Le bord cubital de la main gauche tend le périnée ; de la main droite armée d'un bistouri tenu



A

comme une plume à écrire, il pratique au devant de l'anus une incision courbe, intéressant toute la demi-circonférence antérieure de cet organe et passant à 2 centimètres 1/2 environ de l'orifice anal. Le chirurgien coupe la peau, le tissu cellulaire et les fibres antérieures du sphincter anal, qui vont se jeter sur le bulbe A; ceci étant fait, le chirurgien reconnaît le bulbe, le cathéter, si ce dernier a été introduit dans la vessie, ou le corps étranger s'il en existe; puis il détache de l'urètre avec grande facilité la face antérieure du rectum, la repousse en arrière, et arrive aisément à découvrir la portion membraneuse et la face inférieure de la prostate. Ce premier temps de l'opération accompli, il ne reste plus qu'à intéresser la partie du canal de l'urètre qui se trouve en rapport avec le corps étranger que l'on veut extraire. Si le calcul se prolongeait du côté du col vésical ou du côté de la région pénienne, il serait facile d'inciser suivant ces deux directions, pour rendre l'opération plus facile.

En incisant l'urètre d'arrière en avant, et surtout en intéressant le bulbe, on peut exposer le malade à quelques accidents hémorrhagiques ; mais qu'est-ce donc que ces accidents en comparaison de ceux que court le malade par l'emploi des procédés habituellement employés ? L'urètre étant incisé, les calculs sont isolés, mis à nu, soit avec des pinces, soit avec le doigt, et sont définitivement extraits.

Le procédé opératoire que je viens de décrire, ajoute M. Demarquay, n'a pas seulement l'avantage de faciliter l'extraction des calculs

de la portion membraneuse ; il permet au chirurgien d'atteindre la partie inférieure de la prostate, et d'agir sur elle suivant les circonstances ; il me paraît évident qu'il peut être utile au malade et au chirurgien dans deux maladies graves de cet organe : dans les abcès prostatiques et dans les calculs du même organe.

---

*Phlébite externe de la veine céphalique gauche, développée à la suite de deux saignées; emploi des onctions mercurielles et des vésicatoires.* — C'est une maladie tellement grave que la phlébite, même lorsqu'elle est primitivement bornée à l'enveloppe celluleuse de la veine, que nos lecteurs trouveront peut-être quelque intérêt à la lecture de l'observation suivante, qui offre un exemple de cette espèce de phlébite, suspendue dans sa marche et dans ses progrès par l'application de plusieurs larges vésicatoires sur les parties qui étaient le siége de la douleur et du gonflement. Cette pratique, que nous avons vu déjà à plusieurs reprises employer avec succès par M. le professeur Velpeau, n'a pas cependant la puissance, dans tous les cas, ainsi qu'on va le voir, d'empêcher la suppuration sur quelques points du trajet des veines enflammées ; mais la formation de ces collections purulentes ne joue alors qu'un rôle très-secondaire et n'empêche pas la guérison de s'opérer, la maladie se trouvant notablement simplifiée par l'application de ces larges vésicatoires *loco dolenti*.

La nommée Gaillard (Adrienne), âgée de vingt-cinq ans, frangière, est entrée à la Charité dans le service de M. Velpeau, le 22 mars dernier, pour se faire traiter d'un gonflement douloureux du bras et de l'avant-bras survenu à la suite d'une saignée de précaution qu'elle s'était fait pratiquer huit jours auparavant. Cette femme, qui était parvenue au neuvième mois d'une première grossesse, jouissait au reste d'une excellente santé. Le lendemain de son entrée, 23 mars, on constata un engorgement considérable du bras gauche, accompagné d'une vive rougeur, un cordon dur, résistant, douloureux sur le trajet de la céphalique, un gonflement des ganglions axillaires, un peu de tuméfaction avec rougeur et cuisson des lèvres de la petite plaie de la saignée, sans écoulement particulier par cette petite plaie, du gonflement avec rougeur de l'avant-bras et une légère tuméfaction avec coloration rosée de la main correspondante ; le pouls était petit, à 65, l'appétit conservé, les selles faciles. (Onctions mercurielles, cataplasmes, bouillons et potages.)

Malgré ce traitement, dès le 25 mars, l'avant-bras et le bras étaient devenus le siége d'une vive rougeur et d'un gonflement considérable avec grande sensibilité ; la main était d'un rose pâle, toujours très-

œdématiée ; sur le trajet de la veine céphalique on retrouvait le cordon dur des jours précédents ; la fièvre s'était allumée, la peau était chaude, le pouls un peu fréquent, sans dureté. — L'ouverture de la saignée fut agrandie à l'aide du bistouri, et un vésicatoire fut appliqué sur le trajet de la veine céphalique.

Sous cette influence, vers le 27 mars, le bras était moins gonflé, à peine rouge, et le cordon veineux à peine sensible. En revanche, la main et l'avant-bras étaient plus tendus, très-rouges, luisants et très-douloureux ; la tuméfaction semblait avoir diminué de haut en bas ; du reste pas de fièvre et pas de frisson. Le lendemain, comme les choses restaient dans le même état, un vésicatoire volant fut appliqué sur la face dorsale de l'avant-bras gauche, des cataplasmes continuèrent à être appliqués sur l'ouverture de la saignée.

Le 30 mars, le gonflement de l'avant-bras et de la main avait considérablement diminué ; il n'y avait plus de douleur, mais encore une légère rougeur. Seulement il était survenu au tiers supérieur du bras un petit abcès sur le trajet de la veine enflammée, et qui, ouvert, donna issue à une petite cuillerée de pus mêlé de sang. Un abcès semblable fut ouvert, le 31, à la partie moyenne de la face antérieure et externe de l'avant-bras sur le trajet de la radiale ; un troisième, le 5 avril, sur la face dorsale du cinquième métacarpien, et un quatrième, le même jour, sur la face dorsale et médiane du poignet gauche. Le 31 mars, l'avant-bras n'était plus gonflé ; il restait seulement de l'œdème à la face dorsale de la main. Cet œdème persistait encore le 5 avril. Le 12 avril, il fallut encore ouvrir un abcès situé sur le trajet de la veine à la partie moyenne du bras, et l'incision donna issue à du pus mêlé de sang. Les autres incisions étaient cicatrisées. Ce jour-là, on constata un changement dans l'état général : insomnie, perte d'appétit, langue faiblement blanchâtre, pouls assez dur, sans fréquence.

Le 13 avril, la malade commença à se plaindre de douleurs dans les reins ; depuis sept jours, disait-elle, son enfant ne faisait plus de mouvements ; elle accusait de la pesanteur au périnée ; suppuration de la plaie du bras, plus rien à l'avant-bras ni à la main. Elle accoucha dans la soirée d'un enfant mort. Bien que l'accouchement n'eût présenté rien de particulier, la malade fut prise, le 15 avril, de symptômes de métro-péritonite, qui réclamèrent l'application de vingt-cinq sangsues sur le ventre, une saignée du bras et des frictions mercurielles. L'apparition d'ulcérations dipthéritiques survenues sur les grandes et petites lèvres nécessita l'emploi des lotions alumineuses. Les premiers accidents furent conjurés ainsi ; il resta des vomissements et de la diarrhée, qui furent combattus par l'emploi du diascordium, de

la potion antiémétique de Rivière et l'application d'un vésicatoire sur la région épigastrique.

Le 13 mai, ces accidents étaient calmés à leur tour, lorsqu'on s'aperçut que le membre abdominal gauche était le siége d'un œdème assez considérable. Il existait une infiltration très-marquée, avec œdème autour du pied, et un cordon noueux à la partie supérieure et interne de la cuisse. Ces accidents furent traités par l'application de cataplasmes émollients et par la position. Le 18 mai, la malade quittait l'hôpital, conservant encore de l'œdème. Les mouvements du bras gauche étaient parfaitement rétablis.

# RÉPERTOIRE MÉDICAL.

**ARTHRITE CHRONIQUE** *avec carie osseuse* (*Traitement de l'*) *par l'iodure de potassium à l'intérieur et l'huile de foie de morue à l'extérieur.* Une chose [qui a droit d'étonner, c'est qu'on n'ait pas encore songé en France à employer l'huile de foie de morue à l'extérieur. Sans doute, les matières huileuses ont, par elles-mêmes, quelque chose qui répugne, et cette considération est d'un bien plus grand poids quand on réfléchit que l'huile de foie de morue a une odeur toujours désagréable, souvent repoussante. Néanmoins, les faits qui ont été publiés relativement à l'emploi de ce moyen à l'extérieur, dans le traitement du rhumatisme chronique, de la carie, de la phthisie pulmonaire même, car dans les grands hôpitaux de Londres elle est donnée à la fois pour l'usage externe et interne dans cette maladie, sont tellement remarquables, que nous ne pouvons que faire des vœux pour qu'une pratique analogue se naturalise dans notre pays.

Les deux faits suivants, malgré leur caractère complexe, n'en sont pas moins très-intéressants, non-seulement au point de vue de l'emploi de l'huile de foie de morue à l'extérieur, mais encore au point de vue de l'administration simultanée de l'iodure de potassium à l'intérieur et de l'huile de poisson à l'extérieur. La connexité d'action de ces deux moyens, leur puissance individuelle bien reconnue, expliquent le succès remarquable de cette association médicamenteuse.

Des deux faits rapportés par M. Musizzano, médecin de l'hôpital de Caselle, le premier est certainement le plus curieux. Il s'agit, en effet, d'une femme de quarante ans, d'un tempérament lymphatique, qui entra à l'hôpital de Caselle avec un énorme gonflement de la main et de l'articulation radio-carpienne droite, datant déjà de plusieurs jours. Ce gonflement lui était survenu à la suite d'une exposition au froid : il avait résisté à un traitement antiphlogistique des plus énergiques, tant général que local. A son entrée à l'hôpital, déjà du pus s'était formé sur le dos de la main et au niveau de l'articulation du poignet. Une incision fut pratiquée au niveau du deuxième espace métacarpien, qui donna issue à une abondante quantité de pus. Néanmoins, et malgré le soin que l'on prenait pour éviter la stagnation du pus, deux autres ouvertures se firent naturellement, l'une au niveau de l'extrémité inférieure du radius, l'autre au bas de l'espace inter-osseux anti-brachial; par la première de ces deux ouvertures, on pouvait, avec un stylet, sentir l'os dénudé et carié. Malgré ces trois ouvertures, qui donnaient issue à une immense quantité de pus, celui-ci ne sortait sans doute pas tout entier, car, en quelques jours, il ne tarda pas à se faire une infiltration purulente dans les mailles du tissu cellulaire de l'avant-bras et du bras, jusqu'au milieu de la hauteur de celui-ci. En même temps, petite fièvre le soir, amaigrissement, toux avec crachats suspects. Un bandage circulaire fut ap-

pliqué autour du bras et de l'avant-bras de la malade, chez laquelle il y avait véritablement des antécédents de scrofule et qui avait eu des engorgements ganglionnaires suppurés sous le cou : elle fut mise au traitement suivant : iodure de potassium, 0,10 dans 30 gramm. d'eau distillée de laitue et 15 gramm. de sirop de gomme arabique, à prendre par moitié, matin et soir; onctions sur l'avant-bras et le bras, avec l'huile de foie de morue. Les plaies furent touchées, en outre, avec un pinceau trempé dans cette huile, et les cataplasmes furent remplacés par des compresses imbibées dans cette huile. La quantité d'iodure de potassium fut augmentée de 5 centigrammes chaque jour, et portée jusqu'à 2 gr. 50. Sous l'influence de cette médication, continuée pendant deux mois, la malade se rétablit parfaitement, conservant seulement un peu de raideur dans l'articulation du poignet, qui disparut après l'emploi encore continué pendant un mois des onctions d'huile de foie de morue.

Dans le second fait, chez une femme de trente-cinq ans, assez délicate, et d'une constitution lymphatique, qui fit appeler l'auteur au quarantième jour d'un rhumatisme occupant les deux poignets et les deux mains, lequel avait résisté à un traitement antiphlogistique général et local, de même qu'aux moyens habituellement employés en pareil cas, M. Musizzano constata un œdème des membres supérieurs jusqu'au coude, des douleurs aiguës et lancinantes augmentant par la pression et au moindre mouvement, une périostite de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras, une réaction fébrile, avec exacerbation vers le soir, des douleurs intestinales, avec de la diarrhée. Après avoir calmé cet état d'éréthisme intérieur et extérieur par des cataplasmes de riz d'abord, de cignë ensuite, la décoction blanche, de la glace à l'intérieur, l'auteur en vint à l'administration de l'iodure de potassium, à la dose de 0,10 en commençant, et aux onctions, sur les parties malades, avec l'huile de foie de morue. Par suite de la grande susceptibilité du tube digestif, la dose d'iodure ne put pas être portée à plus de 1 gramme par jour. Néanmoins, dans l'espace de cinquante jours, la malade avait recouvré le libre usage de ses membres, et avait repris ses occupations habituelles. (*Gazzetta med. Sarda.*)

**CIRRHOSE DU FOIE** (*Bons effets de l'emploi des pilules bleues contre la*). Nous voyons avec plaisir M. Monneret, dans un mémoire intéressant sur la cirrhose du foie, rappeler l'attention des médecins sur une préparation mercurielle très-connue et très-estimée en Angleterre, à peine connue et très-peu appréciée à sa juste valeur chez nous; nous voulons parler des pilules bleues, c'est-à-dire du mercure métallique éteint dans la conserve de roses. (On prépare des pilules de 5 à 10 centigr., et on en donne de 1 à 5 par jour, soit 20 ou 25 centigr.) Voici les effets que M. Monneret a observés après l'administration de ce médicament chez huit malades. Les uns n'ont éprouvé aucun effet, pour ainsi dire, lorsqu'ils ne prenaient que 5 ou 10 centigr. par jour. Chez un de ces malades, une diarrhée et une sueur excessivement copieuses furent suivies de la résorption de la sérosité épanchée dans le ventre et dans le tissu cellulaire des membres. La guérison n'était que momentanée : le malade revint mourir à l'hôpital d'une double pneumonie; le foie était encore cirrhosé. Dans une autre catégorie de malades, l'effet altérant du mercure fut rendu manifeste par la diminution de l'ascite, ou du moins par la suspension des progrès de l'hydropisie. Chez d'autres, lorsqu'on dépassait la dose minimum de 0,10, la diarrhée s'établissait et ne cessait que quand on avait suspendu complétement les pilules. Cette diarrhée a quelquefois été suivie de bons effets. Enfin, la salivation s'est déclarée chez un malade seulement, et il a toujours été facile de l'arrêter, excepté chez une femme qui eut une abondante hémorrhagie par les gencives ulcérées. M. Monneret associe presque toujours aux pilules bleues, à doses petites et altérantes, 5 à 10 centigr., les eaux alcalines de Vichy, l'eau de soude, et à l'extérieur, des bains également alcalins ou sulfureux. Cette médication est celle qui lui a le mieux réussi, et à l'aide de laquelle il a été assez heureux pour soulager et même faire disparaître momentanément l'ascite symptomatique. Ce traitement n'empêche pas les malades de se nourrir. L'absti-

nence est nuisible dans cette maladie : des aliments azotés, l'usage du vin, des boissons amères et ferrugineuses, doivent, suivant les cas, être prescrits. Il est nécessaire enfin d'exciter les forces par des liqueurs stimulantes et quelquefois par des fumigations aqueuses et aromatiques dirigées sur les membres. (*Archiv. de méd.*, septembre.)

**DYSSENTERIE** (*Indications de l'ipécacuanha et du calomel dans le traitement de la*). Le calomel et l'ipécacuanha ont été signalés tour à tour comme des spécifiques contre la dyssenterie. Dans les pays chauds principalement, ces deux moyens forment la base de toute médication. Nous empruntons à une thèse d'un médecin de la marine, M. le docteur Erhel, quelques détails intéressants sur les indications de chacun de ces deux précieux moyens. Dans la forme grave, dit notre confrère, si le cas est peu violent, si la peau et le pouls sont à l'état normal, si les coliques sont peu fortes, et si le mal date de un jour ou deux au plus, il faut avoir recours tout d'abord à l'ipécacuanha. Si le cas est très-grave, si les selles sont de sang pur, si le malade a tardé à réclamer des soins médicaux, il faut débuter par le calomel. Chose digne de remarque, et dont j'ai pu m'assurer maintes fois, dit M. Erhel, le calomel est sans action sur les dyssenteries légères; si l'on administre alors l'ipécacuanha, on réussit immédiatement. Le mercure doux est, au contraire, d'un effet merveilleux dans les dyssenteries les plus graves, cas dans lesquels l'ipécacuanha est le plus souvent sans action. L'ipécacuanha doit être donné à haute dose, de 2 à 6 gram.; ce n'est que de cette façon qu'on peut en apprécier les effets presque toujours sensibles, quand il a été administré à propos. Au Brésil, l'ipécacuanha est tombé dans le domaine des mulâtresses qui administrent dans les flux de sang l'*ipéca à la brésilienne* (Ipéca en poudre, de 2 à 6 gram., en macération dans 125 gram. d'eau; on filtre; le liquide est donné au malade le premier jour; deuxième jour, infusion du marc de la veille; troisième jour, la décoction et le marc sont administrés). Au dire de M. Erhel, les médecins français établis au Chili emploient contre la forme la plus grave des dyssenteries de ce pays le traitement suivant, dont le calomel fait la base : le premier jour, tisane d'orge, cataplasmes et lavements émollients, un purgatif doux (ordinairement de l'huile de ricin) ; deuxième jour, si le purgatif n'a pas produit un changement sensible dans la nature des selles et dans l'état général, calomel, 0,05, d'heure en heure, pendant ving-quatre ou quarante-huit heures; le troisième ou le quatrième jour enfin, si le mal n'est pas jugulé, trois verres de vin de simarouba pur, préparé comme suit : vin rouge, une bouteille; écorce de simarouba, 32 gram.; ce vin est continué pendant plusieurs jours et produit le plus ordinairement de bons effets. (*Thèses de Paris.*)

**EPISTAXIS** (*Emploi de l'acétate de plomb contre les hémorrhagies, et en particulier contre l'*). C'est une chose assez remarquable que les préparations de plomb soient si rarement employées en France. Il y a cependant en thérapeutique peu de moyens, à part le tannin, qui puissent lutter pour les propriétés astringentes avec ces préparations, et qui puissent rendre de plus grands services dans le traitement des flux et des hémorrhagies. C'est qu'on se préoccupe un peu trop chez nous de la crainte de voir survenir des accidents d'intoxication saturnine. Sans doute, ces accidents peuvent se produire; mais cela est très-rare, excepté dans le cas où on a persévéré longtemps dans l'emploi de ces préparations. C'est une pratique vulgaire en Angleterre et en Allemagne que l'emploi de l'acétate de plomb pour calmer le dévoiement et les sueurs des phthisiques; or, il est presque sans exemple que l'emploi de ce sel ait déterminé des accidents saturnins; nous-même nous en avons fait usage nombre de fois dans les mêmes circonstances, sans avoir eu à nous en plaindre. C'est ce qui nous engage à donner de la publicité aux deux faits rapportés par M. le docteur Agnew, de Philadelphie.

Le premier est un fait de métrorrhagie, dans lequel, après avoir épuisé tous les moyens ordinaires, l'hémorrhagie fut arrêtée par l'administration de 75 centigr. d'acétate de plomb, donnés par petites doses et à intervalles rapprochés. Mais le second fait est encore plus intéressant : appelé, au mois de novembre

dernier, auprès d'un malade qui saignait du nez depuis près de quatre heures sans interruption et sans cause connue, M. Agnew, trouvant chez ce malade un peu de sensation de resserrement autour des tempes et une certaine dureté du pouls, pensa à une congestion temporaire des vaisseaux de la tête et pratiqua immédiatement une assez large saignée du bras. Elévation de la tête et des épaules, applications froides sur le front, pédiluves sinapisés, injections de temps en temps dans les narines d'une solution de sulfate de zinc et d'alun. Ce traitement réussit à diminuer, pour un certain temps, l'hémorrhagie; mais on moins d'une heure, elle était redevenue ce qu'elle était auparavant. Cependant le malade s'affaiblissait, le pouls tombait, la face devenait pâle, et le système nerveux était excessivement agité. M. Agnew proposa au malade le tamponnement; mais celui-ci s'y refusa obstinément. Songeant alors aux propriétés hémostatiques de l'acétate de plomb, il lui en fit prendre immédiatement 50 centigrammes avec quelques gouttes d'acide acétique, et lui en prescrivit une seconde dose de 25 centigr. à prendre deux heures et demi après. Avant que la seconde dose fût finie, l'hémorrhagie avait notablement diminué, et une heure après cette seconde dose elle était complétement arrêtée. (*Philadelphia med. Examiner.*)

---

**GOITRE** (*Traitement du*) *par la compression.* L'idée a dû souvent venir aux chirurgiens d'arrêter les progrès des goîtres thyroïdiens au moyen d'appareils compressifs; mais, s'ils l'ont tenté, ils ont dû y renoncer très-rapidement, à cause de la difficulté que les malades éprouvent à supporter une compression qui retentit et prend son point d'appui sur la trachée et l'œsophage. Quand on songe, cependant, à ce qu'on peut obtenir avec des compressions modérées et employées d'une manière persévérante, on regrette que les chirurgiens se soient trop hâtés d'abandonner ce moyen, et qu'ils n'en aient pas tenté l'application avec toutes les précautions que comporte un procédé de ce genre. Nous trouvons, dans un journal des Etats-Unis, des détails fort intéressants sur des tentatives faites dans cette voie et sur les résultats favorables dont elles ont été couronnées.

Voici d'abord comment l'auteur, M. le docteur Dwight, décrit le mode d'application de la compression : il prend trois bandes de batiste, revêtues sur l'une de leurs faces d'emplâtre adhésif, larges chacune comme la moitié de la tumeur et assez longues pour, partant de l'angle inférieur de l'omoplate d'un côté, se dirigeant obliquement en haut vers le côté opposé du cou, contournant le cou en passant au devant de la tumeur, venir, en croisant le premier jet, aboutir à l'angle inférieur de l'omoplate du côté opposé. La première bande, qui suit la direction que nous venons d'indiquer, croise la partie inférieure de la tumeur; la seconde et la troisième se recouvrent mutuellement, sauf qu'au niveau de la tumeur, la seconde croise la partie supérieure, et la troisième se place dans l'intervalle des deux autres. Ces bandes sont assez serrées : aussi l'application de chacune d'elles produit-elle une turgescence considérable de la face et de la gêne dans la respiration. Pour remédier à ces inconvénients, aussitôt que la première bande est appliquée, le malade relève fortement les épaules en haut, afin de donner plus de facilité à la respiration, et un intervalle de cinq minutes au moins est mis entre l'application de chacune des bandes adhésives. L'application des deux autres varie, du reste, comme on le comprend, suivant la longueur du cou, le volume, la forme ou la situation de la tumeur. Ces bandes adhésives restent en place, dans les temps chauds, dix ou quinze jours au moins; quand elles se relâchent, on les enlève, pour les replacer ou plutôt pour en placer de nouvelles. Si la compression a été bien faite, il est rare que l'on ne trouve pas la tumeur un peu diminuée de volume. Dans quelques cas, la peau est un peu rouge et sensible; il faut alors attendre quelques jours pour revenir à l'application.

Voyons, maintenant, quels ont été les résultats de cette compression. Dans un cas, dit M. Dwight, une seule application a suffi; mais, terme moyen, il a fallu au moins quatre applications, non pas pour produire la résolution complète de la tumeur, l'auteur ne s'y attendait guère, mais pour la réduire à moitié de son vo-

lume. Sur vingt cas dans lesquels il a employé cette méthode, l'auteur dit n'avoir pas échoné une seule fois; dans quatre de ces cas, l'iode fut employé simultanément avec la compression ; mais il ne paraît pas que la diminution ait été plus rapide ; dans un cinquième cas, l'iode avait été employé sans succès pendant plusieurs semaines, avant d'en venir à la compression. Une fois réduites à moitié de leur volume, M. Dwight abandonne les tumeurs goîtreuses à la nature, qui se charge, suivant lui, du reste de la guérison.

Nous n'ajouterons qu'un mot, c'est relativement au degré de constriction que l'auteur donne aux bandes emplastiques. Il nous semble que cette compression, portée aussi loin que le fait ce médecin, ne doit pas tarder à être intolérable, et que les malades doivent supplier qu'on les en débarrasse. Il nous semble qu'on pourrait tourner, jusqu'à un certain point, la difficulté, en donnant à la compression le degré qui peut être supporté par les malades, et en l'augmentant un peu à chaque nouvelle application. Nous ne sommes pas, non plus, bien convaincu qu'un goître, abandonné à lui-même, après réduction de son volume à moitié, doive continuer à décroître. Sauf ces quelques remarques, nous croyons les faits rapportés par M. Dwight, vraiment dignes de l'attention des chirurgiens. (*N. W. med. and surg. Journal*, mars.)

---

**HÉMÉRALOPIE** (*Effets remarquables de l'arnica montana dans l'*). L'arnica montana a été recommandée depuis bien longtemps, surtout en Allemagne, dans le traitement de l'amaurose; peut-être cependant n'avait-on pas signalé les propriétés remarquables qu'elle paraîtrait posséder, suivant M. Escolar, contre l'héméralopie. Comme dans les trois faits publiés par ce médecin l'arnica n'a pas été employée seule, nous croyons devoir rapporter ces faits, afin qu'on puisse faire la part de chacun des agents mis en usage.

Le premier fait est relatif à un jeune homme de dix-sept ans, chez lequel, vingt jours avant son entrée à l'hôpital de Madrid, la vision avait commencé à se troubler, l'appétit s'était perdu et des maux de tête, de jour en jour plus intenses, s'étaient montrés, surtout pendant la nuit. Peu à peu la vue s'était tellement affaiblie, qu'il ne pouvait plus se conduire. Sauf le trouble de la vue, la santé générale n'avait pas souffert; mais ce trouble de la vue présentait ceci de particulier, que la vision faiblissait à mesure que la nuit approchait, et que la nuit venue, il était complétement aveugle; en même temps la céphalalgie frontale augmentoit. Pendant le jour, les yeux n'offraient pas d'altération appréciable, mais, la nuit, la pupille était insensible à la lumière, dilatée et immobile. Infusion d'arnica, frictions avec la pommade mercurielle camphrée et belladonée, d'abord sur le front, puis sur les arcades sourcilières, sur les apophyses mastoïdes et sur les tempes. Dès le troisième jour, la céphalalgie avait disparu : la quatrième nuit, il pouvait distinguer les objets, mais comme à travers une gaze; il avait des picotements intolérables dans le globe de l'œil. Au cinquième jour, il distinguait très-bien les objets, conservant cependant encore, pendant la nuit, un certain degré de trouble de la vue, qui disparut le lendemain.

Dans le second fait, chez un journalier âgé de trente-huit ans, homme d'un tempérament nerveux et d'une bonne constitution, il y avait déjà eu, en 1847, une atteinte d'héméralopie accompagnant une fièvre tierce. Le 1er janvier dernier, douleurs dans les muscles, qui s'étendirent à la tête et au cou, et s'accompagnèrent d'une fièvre assez vive. Après quelques jours, il remarqua que la vue commençait à diminuer, à mesure que le soleil se couchait, puis il finit par être complétement aveugle la nuit. Traité à l'hôpital de Tolède, sans succès pendant un mois, il entre le 7 mars à l'hôpital général de Madrid. Alimentation modérée ; pour boisson, mélange à parties égales d'une infusion d'arnica et d'une infusion de valériane, trois paquets de poudre contenant chacun 60 centigrammes de valériane et 0,15 d'oxyde de zinc; onctions sur le front et les tempes, chaque soir, avec la pommade mercurielle belladonée. Le lendemain, il était déjà mieux ; le cinquième jour, il quittait l'hôpital parfaitement guéri.

Enfin, dans le troisième cas, c'était un homme de soixante ans, avocat, réduit par des vicissitudes

politiques à chercher un asile dans un hôpital, le 23 février dernier. Pâleur générale, céphalalgie continuelle, tantôt frontale, tantôt sincipitale, douleur à la région épigastrique, ordinairement trois heures après le repas, s'étendant du côté droit de la poitrine à l'omoplate du même côté, hypocondre droit tuméfié, éructations acides et autres symptômes dyspeptiques, pouls à 75, respiration libre, urines rares et sédimenteuses. Le symptôme le plus saillant était l'héméralopie: à mesure que le jour baissait, la vision devenait de plus en plus faible, et, le soir venu, il n'y voyait plus du tout; pendant la nuit, la pupille était immobile et extrêmement allongée dans le sens transversal. Deux traitements avaient été essayés sans succès. Riz pour aliment et pour boisson, faible décoction de plantain, douze sangsues à l'anus, cataplasmes émollients sur le ventre; le soir, bains d'acide nitro-muriatique. Dès le 26, il était infiniment mieux sous le rapport des fonctions digestives, mais la vision restait dans le même état : on lui prescrivit les pilules antiamaurotiques (voir à la *Pharmacie*) et on continua les bains nitro-muriatiques, on employa en même temps les onctions mercurielles belladonées. Guérison le quatrième jour.

Il est bien évident que le mélange des médications qui a été fait dans les observations précédentes, et surtout dans les deux dernières, ne permet pas d'affirmer que c'est à l'action de l'arnica montana seule que l'on doit rapporter la guérison; néanmoins, l'amélioration a suivi de si près l'emploi de ce moyen, que ce nous est une raison de penser favorablement de ce traitement, et, par conséquent, de le recommander à l'attention des médecins. (*Boletin de med. cir. y farm.*)

**MALADIES CANCÉREUSES** (*De la valeur clinique des recherches microscopiques pour la connaissance des*). Les maladies cancéreuses ont été l'objet de recherches récentes et du plus haut intérêt de la part de MM. Lebert, Sédillot, Gluge, Broca, etc. Ayant pour principal but d'éclairer le diagnostic, ces savants médecins ont établi, entre les diverses altérations considérées généralement comme cancéreuses, une distinction fondamentale d'après les données de l'inspection microscopique. Bien des produits pathologiques, et notamment la plupart des altérations des lèvres, de la face, de la dure-mère, du crâne, etc., sont regardées comme cancéreuses, et cependant les compositions intimes de ces lésions montrent entre elles une différence essentielle. Elles sont formées par l'amas principalement de cellules ou de plaques d'épiderme, tandis que les vrais cancers ont une cellule spéciale et constante pour caractère propre.

Aussi méritent-ils d'être distingués des autres tumeurs épithéliales ou épidermiques, auxquelles est réservée la dénomination de *cancroïde*. Parmi les conséquences les plus importantes de cette composition microscopique, on signale celle-ci que le vrai cancer est une maladie générale, tandis que les cancroïdes sont des lésions purement locales. La récidive du cancer est fatale et la mort du sujet inévitable, tandis que l'on peut éviter ces déplorables résultats en ayant le soin d'extirper complétement les altérations cancroïdes.

Telles sont les propositions, récemment défendues avec éclat, contre lesquelles M. le professeur Alquié est venu s'élever au sein de l'Académie des sciences, dans un Mémoire considérable, fruit de plus de dix ans de recherches cliniques ou microscopiques. Nos lecteurs se rappellent sans doute que l'habile professeur de Montpellier ne tarda pas à combattre les mêmes idées, peu de temps après leur émission en France. Placé à la tête de l'enseignement chirurgical du Midi, l'auteur a pu facilement rassembler les matériaux nombreux et importants sur lesquels est basé son remarquable Mémoire.

M. Alquié invoque d'abord l'autorité d'un grand nombre de praticiens justement estimés, MM. Velpeau, Mayer, Vogel, Rokitanski, Gorys-Bésanes, Virchow, Bitot, etc., qui partagent actuellement l'opinion qu'il défendait lui-même depuis bien des années. Il reproche aux idées venues d'Allemagne d'avoir demandé à l'anatomie pathologique seule la solution d'un problème que l'observation clinique peut et doit donner : selon l'infatigable chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, les distinctions établies récemment sont exactes au point de vue

histologique ou anatomique, mais sont erronées au point de vue de la pratique médicale.

A ce point de vue, l'habile professeur démontre que les cancroïdes sont de vrais cancers, d'après leur histoire clinique. Il compare les produits d'épiderme et d'épithélium à ceux du squirrhe, de l'encéphaloïde, du colloïde, etc., sous les rapports des causes, de la marche, de l'ulcération, des suites, des récidives, de la cachexie et des indications thérapeutiques, de manière à démontrer leur identité de *nature morbide* dans la plupart des cas. Ne pouvant suivre l'auteur dans ses minutieuses et sévères investigations, nous nous bornerons à donner ici un aperçu des conclusions de son important travail. Développement lent et insidieux, apparence d'une lésion bénigne, maladie stationnaire pendant assez longtemps, douleurs lancinantes, opiniâtreté du mal, extension progressive et parfois rapide des désordres organiques, tendance à l'ulcère rebelle, et ayant la plus grande ressemblance, dans la plupart des cas; récidive fréquente de l'altération détruite par le feu ou par les caustiques, et malgré les soins et l'habileté du chirurgien; réunion, substitution ou transformation de ces différents produits morbides dans la même région du corps, détérioration profonde de l'organisme; cachexie pareille, indication thérapeutique semblable, inefficacité ordinaire des remèdes opératoires et besoin d'un médicament spécial; telles sont, au sentiment de M. Alquié, les conditions cliniques les plus concluantes pour démontrer l'identité de nature morbide de toutes les altérations organiques qui suivent cette marche. (*Compte-rendu de l'Acad. des sciences*, septembre.)

---

**OPHTHALMIE SCROFULEUSE** (*Nouveau fait à l'appui de l'emploi du tannin dans l'*). Depuis que nous avons fait connaître les faits que M. Hairion a publiés à l'appui de l'emploi du tannin en ophthalmologie, nous n'avons pas eu l'occasion de revenir sur ce point; et il ne paraît pas que les heureux résultats obtenus par notre confrère aient engagé beaucoup de médecins à le suivre dans cette voie nouvelle qu'il leur avait ouverte. Nous le voyons avec regret, parce qu'à nos yeux le tannin est un moyen excellent, appelé à rendre les plus grands services, qu'il soit employé à l'intérieur ou à l'extérieur. Nous profitons par conséquent de la publication d'un fait de M. Salvolini pour rappeler l'attention de nos confrères sur ce médicament. Ce fait parle d'ailleurs très-hautement en faveur du traitement proposé par M. Hairion.

Appelé, au mois de mars dernier, à donner des soins à une petite fille de treize ans, à aspect scrofuleux, M. Salvolini la trouva en proie à une fièvre vive, avec céphalalgie intense; de plus, photophobie, douleurs lancinantes dans les yeux et dans les tempes, injection des conjonctives, commencement d'opacité de la cornée. Après une saignée, un purgatif et des lotions d'eau de laitue sur l'œil, force fut à l'auteur d'en venir à des moyens plus énergiques, et pendant onze jours il eut recours plusieurs fois aux émissions sanguines générales et locales, aux purgatifs salins, aux pédiluves sinapisés, etc. La fièvre disparut, mais les autres symptômes persistaient, ainsi que l'opacité de la cornée. Des vésicatoires à la nuque et derrière les oreilles, un collyre de belladone et d'opium, l'administration de pilules contenant un grain de calomel, 1/3 de grain de camphre et 1/4 de grain de belladone, ne réussirent pas mieux, lorsqu'il vint à l'idée de M. Salvolini d'essayer le traitement recommandé par M. Hairion, traitement qui consiste, comme on sait, à porter plusieurs fois par jour avec un pinceau, sur les parties malades, le mélange tannique suivant : tannin pur, 5 gram.; eau distillée, 20 gramm., et gomme arabique, 10 gram. Les pilules de calomel furent continuées, ainsi que les vésicatoires derrière les oreilles. Ce traitement eut des résultats si favorables, qu'en vingt-deux jours la guérison fut complète. De jour en jour, à mesure qu'on faisait les applications du mucilage tannique sur la surface oculaire, les phénomènes inflammatoires, la photophobie et la douleur des yeux diminuaient; l'épanchement plastique de la cornée, qui était tellement épais à l'œil gauche que la malade ne pouvait distinguer le jour de la nuit, se résorbait; de sorte qu'en vingt-deux jours le champ pupillaire était débarrassé, et que la vue avait recouvré toute sa netteté et sa puissance. (*Gazzetta med. Sarda*, juin.)

**PARALYSIE**, *suite de fièvre intermittente* (*Traitement de la*). Parmi les accidents dont les fièvres intermittentes peuvent être le point de départ, les moins curieux ne sont pas les troubles nerveux, qui, lorsqu'ils sont peu prononcés, pourraient être confondus avec ceux que les auteurs ont attribué à l'intoxication quinique, mais qui pourtant en diffèrent essentiellement, tant par leur durée que par leur gravité. Ces troubles nerveux, très-variables, consistent surtout en un affaiblissement de la vue, une gêne de la parole et une paralysie des organes locomoteurs, commençant ordinairement par les membres inférieurs et pouvant de là devenir générale, en s'étendant de proche en proche, et amenant la mort de l'individu. On comprend de quelle importance il est de ne pas confondre ces accidents avec ceux de l'intoxication quinique. En effet, il résulte des observations de M. le docteur Ouradou, qui les a observés sur une grande échelle en Algérie, que, tandis que pour l'intoxication quinique on doit suspendre l'emploi du remède, ces accidents nerveux réclament le sulfate de quinine à dose élevée à une certaine période. Combattus au début, ces accidents cèdent ordinairement avec facilité, mais souvent aussi ils résistent avec opiniâtreté aux traitements les plus rationnels et les mieux dirigés, se comportant alors comme ces énormes hypertrophies de la rate, qui, bien que liées aux fièvres paludéennes, persistent cependant après la disparition de celles-ci et peuvent être le point de départ d'accidents nerveux. Le sulfate de quinine peut être avantageux au début, tant pour faire cesser la fièvre que pour en prévenir le retour; mais bientôt il faut revenir à un nouvel ordre de moyens, et lorsque l'irritation ou congestion active a cessé, il faut passer aux toniques fixes, parmi lesquels le fer et le quinquina doivent être mis au nombre des plus efficaces, surtout s'il y a cachexie, parce qu'en activant et régularisant la nutrition, ils aident puissamment à la rénovation du sang qui manquait de propriétés stimulantes. Enfin les excitants du système nerveux peuvent aussi devenir très-utiles, comme les frictions irritantes sur le trajet des cordons nerveux, et de petites doses de strychnine appliquées sur le derme, préalablement dénudé au moyen d'un vésicatoire. Néanmoins, avant d'en venir à celle-ci, il faut attendre que l'irritation ou la congestion active ait disparu. (*Thèses de Paris.*)

## VARIÉTÉS.

La discussion sur la transmissibilité des accidents syphilitiques secondaires, qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine, a suivi de trop près la longue et brûlante discussion sur la syphilisation, pour que l'attention ne fût pas un peu fatiguée, et par suite pour qu'elle eût le retentissement et qu'elle passionnât les esprits comme l'avait fait la syphilisation de défunte mémoire. A notre avis cependant, cette discussion l'emporte certainement beaucoup sur celle qui l'a précédée, et pour l'importance des questions qu'elle soulève, et pour la manière vraiment scientifique suivant laquelle elles ont été abordées par les orateurs qui ont pris part au débat. M. le professeur Velpeau et M. Ricord ont lutté de talent dans deux camps opposés, et l'assistance nombreuse et éclairée qui suivait la discussion n'a pu que rendre une éclatante justice à l'habileté, à l'érudition, à la science dont les deux champions ont fait preuve. Mais peut-être, et en cela nous croyons rendre le sentiment général, cette discussion n'a-t-elle pas donné ce qu'on pouvait en attendre. Nous doutons que les partisans de la non-contagion des accidents secondaires aient été ramenés à des croyances plus contagionistes; nous doutons encore plus que les défenseurs de la transmissibilité de ces accidents aient été convertis à la doc-

triue de leurs adversaires. Heureusemont que, après l'explication si catégorique de M. Ricord, cette discussion n'a plus d'importance au point de vue pratique. « Dans l'état actuel de la science, et en vue de la difficulté, quelquefois très-grande, d'un diagnostic absolu, en vue surtout des opinions dissidentes, a dit M. Ricord, je n'ai jamais conseillé, soit dans mes leçons, soit dans mes écrits, de permettre des rapports entre des personnes malades et des personnes saines. » Que peuvent vouloir de plus les partisans de la contagion ? La question est réduite, à la vérité, à un diagnostic ; mais ce diagnostic, M. Ricord le regarde comme très-difficile, et, dans le doute, il s'abstient de conseiller des rapprochements qui peuvent être dangereux. Tout s'explique alors ; et nous qui ne tenons aux théories qu'en tant qu'elles servent à la coordination des faits, qui ne leur attachons par conséquent qu'une médiocre importance, nous nous bornons à prendre acte d'une déclaration qui doit être inscrite par le praticien dans ses règles de conduite, et dont nous devons remercier M. Ricord, parce qu'elle est de sa part une preuve de conciliation et un hommage rendu à la vérité pratique des choses.

Une question seule, parmi celles qui ont été abordées dans cette discussion aurait pu nous intéresser au point de vue du journal que nous dirigeons, c'est celle qui est relative à l'allaitement d'enfants infectés de syphilis, et à la possibilité de la transmission des accidents de la nourrice au nourrisson, et réciproquement. Cette question, nous regrettons qu'elle n'ait pas été traitée isolément ; mais, transportant ici la concession faite sur un autre terrain par M. Ricord, nous répéterons aujourd'hui ce que nous disions il y a quelques mois, que, en présence des incertitudes de la science, et du moment que quelques faits, assez mal observés pour la plupart, semblent indiquer la transmission des accidents syphilitiques comme *possible*, le médecin doit apporter la plus grande réserve, tant sous le rapport des précautions à prendre en ce qui regarde les nourrices ou les nourrissons contaminés que relativement à une décision médico-légale à porter devant les tribunaux. Espérons que le rapport, qui sera fait prochainement à l'Académie, sur plusieurs Mémoires relatifs à cette question, et la discussion qui s'ouvrira sur ce point, resserrés dans des limites plus étroites, nous permettront de formuler quelques conclusions plus pratiques et plus précises.

---

Bien que les nouvelles de la Prusse et de la Pologne, de la Pologne prussienne surtout, soient loin d'annoncer une diminution bien sensible dans les ravages exercés par le choléra dans ces divers pays, il n'en est pas moins rassurant d'apprendre que jusqu'ici la maladie paraît avoir peu de tendance à s'étendre, et que les cas de choléra développés sur les bords de la Baltique, dont on avait parlé il y a quelque temps, ne se sont pas multipliés. Il est donc permis d'espérer, grâce à la venue prochaine de l'hiver, que l'ouest de l'Europe échappera encore une fois cette année, au moins en partie, aux atteintes de ce redoutable fléau.

---

La Société médico-psychologique vient d'être autorisée, par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique. Le bureau de la Société est composé, pour cette année, de MM. Ferrus, président ; Gerdy, vice-président ; Dechambre, secrétaire-général ; Brierre de Boismont et Michéa, secré-

taire archiviste et trésorier; MM. Buchez, Cerise et Baillarger, membres du Comité de rédaction.

L'Association de prévoyance et de secours mutuels, qui avait été fondée à Lyon le 27 novembre dernier, vient également d'être autorisée. Conformément au décret du 26 mars 1851, sur les sociétés de secours mutuels, le président sera nommé par le prince Président de la République, sur la proposition de M. le préfet du Rhône.

Quatre chirurgiens de la marine de troisième classe, du port de Rochefort, MM. de Nozeille, Gailhard, Savatier et A. Manis viennent de recevoir de M. le ministre de la marine et des colonies l'ordre de se rendre à Bordeaux, pour y prendre passage sur un navire de commerce à la destination des Antilles, et de se mettre, dès leur arrivée, à la disposition du gouverneur général des Antilles. Les ravages exercés par une épidémie de fièvre jaune à la Martinique ont nécessité l'envoi de ces quatre médecins. Les dernières nouvelles, en date du 26 août, font espérer cependant que l'épidémie serait sur le point d'entrer dans sa période de déclin.

M. Magne, médecin-oculiste des crèches du département de la Seine, vient d'être nommé membre de la Légion-d'Honneur.

Nous trouvons dans le tableau de la situation des établissements français en Algérie, qui vient d'être publié par les soins de M. le ministre de la guerre, des détails pleins d'intérêt, qui témoignent des développements qu'a pris, dans notre colonie algérienne, l'organisation du service médical civil, de 1846 à 1849. La succursale de l'hôpital d'Alger a été transportée, le 1er mai 1849, de Déli-Ibrahim à Douera, où le service a pu recevoir une installation plus large. Oran possède maintenant un hôpital civil : l'hôpital militaire s'étant trouvé insuffisant lors de l'invasion du choléra, le caravansérail a été converti en hôpital pour la population civile, en attendant la construction d'un bâtiment spécial et définitif. Constantine possède depuis 1848 un hôpital civil de 52 lits. En même temps le service actif pour les communes rurales a reçu, dans les trois provinces, des compléments nécessaires. Des dispensaires sont organisés dans les sept villes les plus peuplées. Enfin, une direction a été instituée pour la propagation de la vaccine dans la population européenne et indigène; à cet effet, l'Algérie a été divisée en conservations et en circonscriptions vaccinales. En résumé, le département d'Alger compte 2 hôpitaux civils, 2 dispensaires et 11 circonscriptions médicales rurales; le département d'Oran, 1 hôpital civil, 1 hospice pour femmes, 2 dispensaires et 3 circonscriptions rurales; le département de Constantine, 1 hôpital civil, 2 hospices pour femmes, 2 dispensaires et 3 circonscriptions rurales. Les malades civils qui ne peuvent être traités dans les établissements civils, à cause de leur insuffisance ou de leur éloignement, ou qui habitent en dehors du ressort des circonscriptions rurales, sont reçus dans 47 hôpitaux ou ambulances militaires, au nombre de 17 pour la province d'Alger, de 19 pour celle d'Oran, de 11 pour celle de Constantine. Le nombre total des malades traités dans les hôpitaux civils, qui avait été en 1845 de 6,746, s'est élevé successivement les années suivantes à 8,536, 9,223, 8,987 et 10,046 en 1849, année du choléra. Le nombre des décès, dans ces établissements, n'a jamais dépassé 10 ou 11 pour cent.

*Le rédacteur en chef*, E. DEBOUT.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

## CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR UN NOUVEAU SEL D'ARGENT : L'HYPOSULFITE DE SOUDE ET D'ARGENT.

Par M. J. Delioux, médecin en chef de la marine, à Cherbourg.

L'azotate d'argent est le seul sel d'argent soluble qui ait été, jusqu'ici, employé en thérapeutique. Il est un autre sel soluble, à base du même métal, qui me paraît digne de prendre rang dans la matière médicale : c'est l'hyposulfite de soude et d'argent, qui n'avait jamais été, que je sache, signalé comme médicament. Je l'ai expérimenté pendant deux années à l'hôpital maritime de Rochefort, et voici, à ce sujet, le résumé de mes observations.

On sait que les hyposulfites alcalins s'unissent avec l'oxyde d'argent pour former des hyposulfites doubles qui sont très-solubles dans l'eau, et qu'ils partagent avec l'ammoniaque le privilége de dissoudre le chlorure d'argent.

Le sel qui a servi à mes expériences a été préparé en versant une dissolution d'hyposulfite de soude sur de l'oxyde d'argent récemment précipité par la potasse, jusqu'à ce que l'oxyde se soit complétement dissous. La liqueur évaporée abandonne de très-petits cristaux d'hyposulfite de soude et d'argent, qui sont desséchés à une douce chaleur et à l'abri de la lumière.

On pourrait aussi, comme je l'ai fait d'abord, précipiter par l'alcool une dissolution d'oxyde ou de chlorure d'argent dans l'hyposulfite de soude ; mais je préfère le procédé que j'ai indiqué plus haut.

Ce sel se présente sous forme d'une poudre cristalline blanc-grisâtre, d'une saveur douceâtre, avec arrière-goût légèrement styptique, très-soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool. Il noircit à la longue à la lumière, mais se conserve indéfiniment dans des flacons colorés ou entourés de papier noir et bien bouchés. Sa solution aqueuse se colore en noir en se décomposant sous l'influence de la lumière diffuse, mais beaucoup plus lentement que celle d'azotate d'argent. En la préservant de la lumière, elle conserve indéfiniment sa transparence. Quand on l'emploie dans sa pureté, elle ne colore ni l'épiderme, ni le linge, avantage qui n'est pas à méconnaître dans le choix à faire entre ce sel et l'azotate d'argent.

L'hyposulfite de soude et d'argent ne coagule que très-légèrement l'albumine ; aussi, comparativement à l'azotate, ses propriétés astrin-

gentes sont-elles très-faibles. Son action locale est également beaucoup moins irritante.

Pour éprouver cette action sur des plaies, tantôt récentes, tantôt anciennes, je touchais deux points de la surface suppurante, préliminairement détergée avec deux pinceaux de charpie trempés, l'un dans une solution d'un gramme d'hyposulfite de soude et d'argent pour 30 grammes d'eau distillée, l'autre dans une solution d'un gramme d'azotate d'argent pour la même quantité d'eau distillée. Tandis que l'application de la seconde solution déterminait presque instantanément, avec production simultanée d'une douleur plus ou moins vive, un coagulum blanc, tenace, véritable escarre due à la plastification des éléments albuminoïdes du pus et de la membrane pyogénique, l'application de la première solution ne donnait lieu qu'à la formation d'un léger nuage blanchâtre, beaucoup moins plastique, avec sensation douloureuse moins prononcée ou même nulle, selon la sensibilité des sujets. Si j'étendais davantage les solutions, celle d'hyposulfite de soude et d'argent finissait par ne déterminer à la surface des plaies aucune modification visible à l'œil, quand celle d'azotate décelait encore l'énergie supérieure de ses propriétés astringentes par un coagulum albumineux très-sensible. Enfin, à quelque degré de concentration qu'on amenât la solution du premier sel, elle ne produisait jamais une douleur aussi vive ni un coagulum aussi plastique que celle du second, dissous cependant dans une plus forte proportion d'eau.

Il résulte de ces expériences, conformes à des essais thérapeutiques plus nombreux, 1° que, dans l'emploi externe, l'hyposulfite de soude et d'argent peut être porté à des doses supérieures à celles de l'azotate d'argent, et qu'à ces doses, *à fortiori* à doses inférieures, il est beaucoup moins irritant et incapable de produire une véritable escarrification ; 2° que, dans l'emploi interne, en l'étendant d'une manière suffisante, il n'exposera pas à compromettre l'intégrité de la muqueuse gastrique ; de plus, comme ses dissolutions étendues ne déterminent aucun trouble, ni coagulum protéique, ni précipité de chlorure d'argent dans les liqueurs albumineuses artificielles, chlorurées ou non chlorurées, et dans les humeurs organiques, il sera absorbé promptement, facilement et sans décomposition par les veines de l'estomac.

Ces avantages m'ont engagé à expérimenter à l'intérieur ce nouvel agent pharmaceutique, et à l'essayer dans le traitement de l'épilepsie. Malheureusement, je n'ai à présenter à cet égard qu'un fait, lequel n'est point concluant sous le rapport thérapeutique, mais confirme ce que j'ai avancé relativement à l'innocuité de l'hyposulfite de soude et d'argent et donne une idée de ses effets physiologiques.

Obs. — Le nommé R..., soldat (remplaçant) au 2$^{me}$ régiment d'infanterie de marine, est entré à plusieurs reprises dans mon service à l'hôpital de Rochefort, comme atteint d'épilepsie. Ses attaques sont courtes, fréquentes, parfois très-intenses; longtemps on croit cette névrose simulée. Les accès n'ont jamais eu lieu en ma présence ; mais les officiers de santé de garde ont fini par constater la réalité de l'épilepsie. Décidé à essayer les préparations d'argent, je donne la préférence à l'hyposulfite double. Je le prescris simplement dissous dans l'eau distillée, en commençant par 5 centigrammes ; il ne survient aucune trace d'irritation gastrique, ni aucun signe qui commande de suspendre l'emploi du médicament, depuis cette première dose jusqu'à celle de 60 centigrammes à laquelle je me suis élevé graduellement. Le sel était dissous dans 120 à 150 grammes d'eau distillée, et cette solution, versée dans un flacon entouré de papier noir, était prise en trois ou quatre fois, matin, midi et soir. Sous l'influence de ce traitement, aucune modification appréciable n'est survenue dans les fonctions des grands appareils organiques, sauf celle assez remarquable qui s'est manifestée dans les fonctions digestives. Dès les premiers jours du traitement, le malade a accusé un sentiment de vacuité et de défaillance dans la région de l'estomac, qui, vague et mal défini d'abord, s'est traduit en besoin de manger impérieux, sentiment tout à fait comparable à ces *faims nerveuses*, s'il est permis de s'exprimer ainsi, que l'on observe chez certains individus atteints de gastralgie. Du moment où l'alimentation de R... a été augmentée proportionnellement à cet accroissement d'appétit, ce *symptôme du médicament* a diminué, mais sans disparaître jamais, pour longtemps du moins, d'une manière complète. Les médecins italiens, qui ont souvent insisté sur la concordance des sensations analogues avec les propriétés hyposthénisantes de diverses substances, relèveraient ce fait en faveur de l'action contro-stimulante des sels d'argent.

Au bout d'un mois de ce traitement, complété par l'infusion de valériane (on a parfaitement su dégager l'action de la valériane de celle du composé d'argent), ce soldat est sorti de l'hôpital pour être réformé. Après une amélioration apparente pendant une quinzaine de jours, dans la dernière semaine, les accès n'avaient rien perdu de leur fréquence et de leur intensité.

Dans le traitement de l'épilepsie, un mois ne suffit pas pour établir l'efficacité ou l'inutilité d'un remède, et pour conclure sur ses effets contingents pendant un laps de temps plus considérable. Toujours est-il qu'aux médecins qui voudront essayer l'influence des préparations argentiques dans les névroses et dans les névralgies, on peut en

signaler une nouvelle dont l'administration est facile, et ne présente, dans certaines limites, bien entendu, aucun danger. Je crois, par exemple, que l'on peut dépasser la dose de 60 centigrammes à laquelle je me suis arrêté, mais sans aller beaucoup au delà.

Il n'est survenu aucun changement dans la coloration cutanée de l'épileptique dont je viens de rapporter l'observation; mais le traitement a été trop court pour que l'on puisse en rien inférer. Toutefois, il me paraît très-important de tenir les praticiens en garde contre l'influence que l'hyposulfite de soude et d'argent est susceptible d'exercer sur la coloration cutanée, parce que des inductions illégitimes pourraient leur inspirer à cet égard une trompeuse sécurité. Ainsi, la propriété possédée par les hyposulfites alcalins de dissoudre l'oxyde et le chlorure d'argent pourrait faire supposer, à ceux qui attribueraient la coloration argentique à l'un de ces deux derniers composés, que dans le médicament que je préconise le remède a été placé à côté du mal. Je crois pouvoir affirmer qu'il n'en serait rien, et de ceci je prends occasion de dire que c'est complétement à tort que l'on a recommandé l'hyposulfite de soude contre la coloration argentique. En effet, raisonnons dans l'hypothèse que cette coloration des tissus, chez le sujet longuement médicamenté par les composés argentiques, soit le résultat du dépôt dans les couches pigmentaires de l'oxyde ou du chlorure d'argent, — ces deux opinions ont été également soutenues : cet oxyde et ce chlorure d'argent ont trop de tendance à se réduire, tant sous l'influence de la lumière qu'au contact de la matière organique, pour ne pas arriver promptement sous l'épiderme à l'état de sous-oxyde ou de sous-chlorure, et même le chlorure d'argent ne pourrait nuancer la peau ou les muqueuses qu'au fur et à mesure de cette réduction. Or, les hyposulfites alcalins, qui ne dissolvent déjà qu'imparfaitement l'oxyde et le chlorure d'argent, dès qu'ils ont subi un commencement de réduction, ne réagissent nullement sur le sous-oxyde et sur le sous-chlorure. Maintenant, laissons l'hypothèse, et si la vérité est, comme j'en ai émis l'opinion dans mon mémoire sur les sels d'argent (Gazette médicale 1851), que la coloration argentique est le résultat du dépôt dans les tissus d'argent réduit tant par la matière organique que par les rayons solaires, l'hyposulfite de soude, qui ne réagit point sur l'argent métallique, même à l'état d'extrême division, devra être, dans l'espèce, non avenu comme agent préservatif aussi bien que comme agent curatif. J'ai fait macérer pendant longtemps dans des solutions d'hyposulfite de soude des tissus organiques noircis par l'azotate d'argent, sans qu'ils aient éprouvé la plus légère décoloration.

J'ai fait quelques expériences qui autorisent à craindre que l'hypo-

sulfite de soude et d'argent n'occasionne lui aussi, à un certain degré de saturation de l'organisme, l'altération de couleur des tissus.

1° Si l'on fait dissoudre de l'hyposulfite de soude et d'argent dans du sérum de sang, la dissolution finit par se colorer en brun ; seulement, cette coloration est moins foncée et se produit plus lentement que lorsqu'on a employé de l'azotate d'argent.

2° Un morceau de peau, immergé par sa face cellulaire dans une solution d'hyposulfite de soude et d'argent, se colore lentement, en se fonçant de plus en plus, en brun mat.

Dans ces expériences, le corps colorant ne paraît plus être de l'argent réduit, mais du sulfate d'argent.

Une décomposition pareille de ce sel double s'opérera-t-elle dans le sang et dans les tissus animés par la vie ? Cette question peut être posée, parce que, tandis que l'azotate d'argent détermine sur la peau vivante ou morte des effets identiques, l'hyposulfite de soude et d'argent n'altère nullement, comme je l'ai déjà dit, la peau sur le vivant. En tout cas, la coloration brune, produite par l'hyposulfite de soude et d'argent sur la peau morte, ne disparaît ni par l'iodure de potassium, ni par l'hyposulfite de soude ; c'est qu'effectivement le sulfure d'argent n'est attaqué par aucun de ces deux réactifs.

En résumé, je pense donc qu'il y a des réserves à faire sur l'influence que peut exercer sur la couleur de la peau un long usage interne de l'hyposulfite de soude et d'argent.

Docteur J. Delioux.

(*La fin à un prochain numéro.*)

---

# THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

---

## RÉFLEXIONS SUR LA TRACHÉOTOMIE DANS LE CAS DE CROUP : OBSERVATION D'UN ENFANT ATTEINT DE CROUP DEUX FOIS EN DEUX ANS ET OPÉRÉ DEUX FOIS AVEC SUCCÈS.

*Note lue à la Société de chirurgie*

Par M. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades.

Par ce seul fait que l'opportunité de la trachéotomie dans les périodes extrêmes du croup a été diversement jugée, il est d'une importance réelle pour la pratique de ne négliger aucun des documents propres à élucider cette question et à la résoudre d'une manière définitive.

Notre intention n'est pas de remonter dans les recherches historiques au delà de l'époque contemporaine. Bornons-nous à rappeler

que la trachéotomie dans le croup, remise en honneur par M. Bretonneau, en 1852, à l'occasion d'une épidémie d'angine diphthéritique, a eu, entre nos mains et entre celles de plusieurs de nos confrères, des destinées qui nous ont paru de nature à faire persévérer dans la voie que nous avons suivie après l'honorable praticien de Tours. C'est à son exemple que M. le professeur Trousseau, son élève, a pratiqué cette opération un grand nombre de fois. C'est à partir de la même époque que mon père n'a cessé de la conseiller et de la faire pratiquer par ses élèves. Moi-même, après avoir fait, en 1834, pour la première fois, la trachéotomie sur un enfant atteint de croup, j'ai eu occasion de renouveler depuis, jusqu'à 150 fois, tant en ville qu'à l'hôpital, cette opération qui m'a donné des résultats de plus en plus avantageux, ainsi qu'on en jugera par les chiffres que je ferai connaître dans ce travail.

Dans les commencements, je dois le dire, j'ai été longtemps malheureux, soit que les sujets qui se présentaient à moi fussent dans de mauvaises conditions, soit que les procédés opératoires et les soins consécutifs ne fussent pas ce qu'ils sont aujourd'hui. Mais, depuis trois ou quatre ans surtout, le résultat définitif des nombreuses trachéotomies que j'ai eu l'occasion de pratiquer, tant à l'hôpital que dans ma pratique particulière, est tel que maintenant je crois ne plus devoir hésiter en face d'une opération que je ne faisais encore qu'avec répugnance il n'y a pas plus de quatre ans.

Aux succès obtenus par M. Bretonneau, par M. Trousseau qui, sur 159 sujets opérés, compte 44 guérisons, il faut ajouter ceux qu'une foule de chirurgiens, tant en France qu'à l'étranger, ont successivement consignés, soit dans des brochures, soit dans les recueils périodiques; et, en ce qui nous concerne personnellement, voici, pour ne parler que de nos observations les plus récentes, les chiffres que nous avons relevés.

Sur mes 40 derniers opérés en ville j'ai 11 succès : dans le cours de l'année 1850, sur 20 opérations faites à l'hôpital, nous avons eu 7 guérisons, et à la fin de cette année 1851, sur 31 opérations, le nombre des succès s'élève à 13.

Ces opérations pratiquées à l'hôpital ont été faites par des personnes diverses, et en plus grande partie par les internes de la maison.

Ces résultats, messieurs, me paraissent de nature à dissiper toute hésitation dans l'emploi de la trachéotomie à la période extrême du croup. Mais rien, ce me semble, ne peut être plus déterminant à cet égard que l'observation que je vais avoir l'honneur de vous lire, et dans laquelle vous verrez qu'un même sujet peut avoir deux fois le

croup et subir deux fois avec succès l'opération de la trachéotomie

Mais un point important pour la pratique, et trop négligé peut-être, recevra, nous l'espérons, quelque lumière à l'occasion du fait que nous rapporterons. Nous voulons parler des conditions dans lesquelles se trouve la déglutition et des moyens que l'art doit employer pour remédier à l'imperfection que cette fonction subit temporairement.

En effet, il faut savoir que, chez certains opérés, la presque totalité des liquides introduits dans la cavité buccale s'échappe par la plaie de la trachée. A quoi tient cette circonstance? Dépend-elle d'un trouble apporté dans le jeu des puissances musculaires qui exécutent l'acte de la déglutition? Tient-elle à une sorte d'impuissance ou de paralysie temporaire des muscles constricteurs de l'orifice supérieur du larynx, paralysie due, soit à une rigidité inflammatoire, soit à un dérangement dans l'innervation qui anime ces musles? Dépendrait-elle de ce que la plaie de l'opération, remontant beaucoup plus haut, et atteignant les parties un peu au-dessus de la base de l'épiglotte, aurait ouvert le larynx à sa partie antérieure et mis d'emblée en communication directe avec la plaie trachéale le pharynx et les liquides qu'il peut renfermer? Ce ne sont là que des suppositions plus ou moins plausibles, et dont aucune ne me paraît démontrée.

Toujours est-il que plusieurs fois j'ai rencontré des sujets soumis à cette condition éminemment fâcheuse, et qui sont littéralement morts de faim par l'impossibilité de faire arriver à l'estomac une alimentation suffisante. Il n'est pas un de nous qui n'ait eu l'occasion d'observer des faits de ce genre. Cette année, sur les 31 opérations faites à l'hôpital, cette dangereuse complication s'est présentée trois fois. J'ai remarqué que parmi les enfants sur lesquels cet accident s'observe, il en est qui reçoivent, partie dans l'œsophage, partie dans le larynx, les liquides introduits par la cavité buccale. Chez ceux-là on peut voir la guérison survenir sans qu'on fasse usage d'aucun secours artificiel. Ils avalent défectueusement pendant plusieurs jours, quelquefois même pendant plusieurs semaines, et peu à peu la déglutition se rétablit dans son état normal. Mais il est des sujets chez lesquels rien ne pénètre dans l'œsophage, et tous les aliments, tant liquides que solides, se présentent à la plaie de la trachée. Cette situation est doublement fâcheuse, puisqu'elle compromet la vie du jeune malade, non-seulement par l'insuffisance ou l'absence de l'alimentation, mais encore, et plus directement peut-être, par la pénétration des substances alimentaires dans les bronches après leur passage dans la trachée. De là des bronchites et des pneumonies promptement mortelles.

Quel moyen de salut reste-t-il donc à ces malades? Pour ma part,

je n'en vois qu'un seul, c'est l'usage de la sonde œsophagienne, introduite par la bouche, ou mieux encore par les fosses nasales, et mise en place trois ou quatre fois chaque jour, jusqu'à ce que la plaie de la trachée soit fermée ou presque fermée. Nous avons dit qu'il fallait préférer, à l'introduction par la bouche, celle qui a lieu par les fosses nasales. Cette dernière est, en effet, beaucoup moins pénible pour les enfants. On trouvera dans l'observation suivante la confirmation de ce qui vient d'être avancé.

Obs. Manfre (Philippe), âgé de six ans, d'une constitution lymphatique, mais n'ayant eu aucune maladie grave, est pris, le 12 janv. 1850, d'un mal de gorge léger qui éveille peu l'attention des parents, et pour lequel on donne seulement des boissons adoucissantes. Le 15, les accidents s'aggravent, la voix s'altère, la toux est sonore; on appelle un médecin qui constate l'existence de fausses membranes sur les amygdales; il cautérise avec l'acide hydrochlorique.

Du 15 au 16, les symptômes augmentent d'intensité, la respiration est difficile et la voix commence à s'éteindre.

Le 16, nouvelle cautérisation, vomitif, l'enfant rend de fausses membranes.

Le 17 au matin, entrée à l'hôpital; la voix est éteinte complétement, la toux est rare et tout à fait croupale, la face rouge, les lèvres violacées, la respiration presque impossible, l'agitation extrême; le malade se lève et se redresse, et fait des efforts pour respirer; il n'y a pas de murmure respiratoire; la poitrine est sonore à la percussion, l'asphyxie est imminente.

Je pratique la trachéotomie; elle est faite rapidement; quelques lambeaux de fausses membranes s'échappent par la plaie aussitôt que la pince à écartement est introduite; je place une canule double, la respiration renaît, la face redevient rosée, les lèvres et les joues reprennent leur couleur, la respiration s'entend dans toute la poitrine; la journée se passe bien, le petit malade boit du lait coupé, la déglutition est facile.

Le 20 janvier. L'enfant est toujours bien, je touche la plaie avec du nitrate d'argent; l'expectoration se fait par la canule; le malade, qui a rendu des fausses membranes le premier jour, n'en rend plus; on le nourrit de lait, de bouillon, de potages.

Le 22. Même état; nouvelle cautérisation de la plaie.

Le 23 au matin. Il y a six jours que l'opération est pratiquée, l'enfant est très-bien, je retire la canule pour ne plus la remettre, je fais un pansement simple, il y a un peu de suffocation, un peu de toux, mais bientôt l'enfant s'habitue et je ne remets plus la canule.

Le 27. Je cherche à rapprocher la plaie avec des bandelettes de taffetas d'Angleterre; il y a quelques quintes de toux. (Sirop de belladone.)

Les jours suivants le malade va bien; la trachée n'est pas encore fermée; il sort le 2 février.

Peu de jours après il revient à la consultation complétement guéri.

Depuis cette opération heureuse, Manfre (Philippe) n'a cessé de bien se porter, et n'a eu aucune maladie jusqu'au mois d'octobre 1851. Le 22 de ce mois il rentre à l'hôpital, et nous apprenons que le 20, après avoir couru dans la rue par la pluie, il revient avec une toux enrouée sans dyspnée.

Le 22, jour de son entrée, il est dans l'état suivant : angine tonsillaire avec fausse membrane sur l'amygdale droite; pas de fièvre, un peu de toux, respiration normale. (Cautérisation de la fausse membrane avec une solution concentrée d'azotate d'argent.) Boisson adoucissante.

Le 23. Même état.

Le 24. Accès de suffocation, poitrine sonore à la percussion, à l'oreille, peu d'expansion pulmonaire; les fausses membranes ne sont pas étendues. Vomitifs répétés avec le tartre stibié, le malade ne rend pas de fausses membranes dans les vomissements.

Le 25. Toux sonore et, de même que la veille, positivement laryngée. (Alun et calomel à la dose de 10 centigrammes, de deux heures en deux heures, frictions au devant du cou avec onguent napolitain.) L'enfant refuse les poudres, on lui fait seulement les frictions.

Le 26. Même état que la veille; nouveaux vomitifs.

Vers trois heures tous les symptômes d'asphyxie se manifestent; voix éteinte, respiration courte et fréquente, avec dépression de la région épigastrique dans l'inspiration, face violette, sueurs, agitation, inquiétude, pouls faible, fréquent et irrégulier. M. Rombeau, interne dans mon service, pratique la trachéotomie avec facilité (il en avait déjà fait huit ou neuf); l'enfant perd peu de sang, il rend des fausses membranes d'une consistance remarquable, et ressemblant à celles qui tapissent les divisions bronchiques. Le calme survient; une demi-heure après la gêne dans la respiration renaît, on écouvillonne la trachée d'abord avec une éponge imbibée d'eau; la respiration est toujours difficile; M. Rombeau retire la canule, et, craignant que la plaie ne soit pas assez étendue, il l'agrandit par en bas; pas de résultat; il réintroduit la canule, l'asphyxie persiste; il retire de nouveau la canule, passe dans la trachée une éponge imprégnée de solution de nitrate d'argent; le petit malade tousse, et après une demi-heure de toux la respiration devient plus normale, moins fréquente, mais toujours bruyante.

Le 27. A la visite on nous présente des fausses membranes expulsées; elles viennent manifestement des bronches et présentent un tronc principal avec plusieurs rameaux. La respiration est à 48, le pouls à 120, régulier; la percussion de la poitrine est sonore, on entend un râle moins humide; la plaie est grisâtre. (Lait, boisson pectorale.)

Le soir, amélioration. (Lait, bouillon; pour la nuit, un demi-looch blanc avec kermès, 5 centigrammes.)

Le 28. Bonne nuit, expulsion de fausses membranes; la canule est retirée, la plaie touchée avec le nitrate d'argent. (Bouillon, lait, demi-looch kermétisé, 5 centigrammes.)

Le soir, l'enfant avale de travers.

Le 30. Jusqu'à ce jour l'état est assez satisfaisant, seulement le petit malade avale toujours de travers. Il y a quatre jours qu'il est opéré; le soir M. Rombeau retire la canule parce qu'il semble qu'elle gêne le malade, il fait ensuite un pansement simple.

Le 31. La respiration se fait assez bien, mais le malade est faible, et la déglutition se fait si mal que tout passe par la plaie de la trachée; on essaye de différents aliments liquides et solides, ils passent en totalité par la plaie. Le soir, trouvant l'enfant très-faible, craignant qu'il ne meure d'ina-

nition, comme nous en avons vu mourir quelques-uns qui avaient cette fâcheuse complication, M. Rombeau, qui surveillait avec le plus grand soin ce malade, se décide à lui passer par la bouche une sonde œsophagienne, et lui fait une injection d'une tasse de bouillon.

Le 1er novembre. L'enfant est mieux ; mais on essaye en vain de le faire boire, de lui faire manger plusieurs aliments, même du macaroni, comme le conseille M. Trousseau ; tout passe par la plaie. Depuis ce jour, 1er novembre, jusqu'au 10, on prit le parti de continuer l'usage de la sonde par la bouche ; dans les premiers temps le petit malade faisait bien quelques difficultés, mais il finit par s'y habituer ; on injecta, quatre fois par jour, soit du lait, du bouillon, soit du chocolat, du tapioka, du vin. A chaque repas, comme la salive s'accumulait dans la bouche, qu'elle retombait dans la trachée et faisait tousser le malade, on lui faisait rincer la bouche avec de l'eau chaque fois qu'on retirait la sonde ; de cette manière il expulsait la salive. Depuis l'enfant n'a cessé d'aller de mieux en mieux ; on a rapproché les lèvres de la plaie avec du taffetas d'Angleterre, on l'a touchée encore quelquefois avec le nitrate d'argent, et peu à peu elle s'est rétrécie.

Le 10 novembre. Après dix jours de l'usage de la sonde, on cesse l'emploi de ce moyen ; l'enfant avale bien encore un peu de travers, surtout les liquides, mais graduellement la déglutition s'opère mieux, et aujourd'hui, 26, l'enfant avale bien ; la voix est encore un peu altérée, et toutes les fonctions s'exécutent bien.

Cet enfant, comme on le voit, a eu deux fois le croup, il a subi deux fois la trachéotomie avec succès, il a eu la complication consécutive à la trachéotomie dans laquelle la déglutition se fait de travers ; et, à l'aide de l'introduction de la sonde œsophagienne par la bouche, nous avons favorisé la cicatrisation de la plaie ; nous avons empêché l'enfant de mourir de faim. Mais il est bon de faire observer que ce n'est pas sans répugnance que ce petit malade se laissait introduire la sonde œsophagienne par la bouche, et s'il n'avait pas fini par être raisonnable, cette opération eût été peut-être plus nuisible qu'utile. En effet, nous pourrions rapporter l'observation d'une petite fille, que nous avons eu le malheur de perdre de pneumonie, et qui avait aussi cette fâcheuse complication. Chez elle ce n'était qu'après de véritables luttes qu'on arrivait à lui introduire la sonde par la bouche ; aussi nous changeâmes de système, et ce fut par le nez que nous introduisîmes la sonde œsophagienne ; cette opération pratiquée par ce procédé était très-facile et très-bien supportée par la petite fille, il n'y avait plus de lutte entre le chirurgien et son malade.

Ce que nous venons de vous rapporter, messieurs, prouve suffisamment :

1° Qu'un enfant peut avoir deux fois le véritable croup, c'est-à-dire l'angine laryngée pseudo-membraneuse ;

2° Qu'une seconde atteinte de la maladie peut être tout aussi grave

que la première, et qu'on peut pratiquer avec succès une deuxième fois la trachéotomie (1) ;

3° Qu'on peut et qu'on doit nourir les malades à l'aide de la sonde œsophagienne, lorsque tous les aliments qu'ils prennent passent par la plaie;

4° Enfin, que l'introduction de la sonde par le nez, chez les enfants indociles surtout, doit être préférée à l'introduction par la bouche.

(1) Ajoutons une seconde observation qui vient à l'appui de cette deuxième proposition. Monperte (Léon), âgé de huit ans, habituellement d'une bonne santé, toussait et avait la voix altérée depuis trois ou quatre jours, lorsqu'il entra à l'hôpital des Enfants, le 22 mars 1851 ; à son entrée, dyspnée, point d'asphyxie, pouls fréquent, point de fausses membranes appréciables, voix altérée.

Le 23 mars. Fièvre, aphonie, point de fausses membranes, asphyxie persistante et s'aggravant d'une manière graduée : je pratique la trachéotomie; elle est faite, et faite par le procédé de M. Chassaignac, en fixant d'abord le cartilage cricoïde avec une érigne. Il ne sort pas de fausses membranes, l'enfant respire bien après l'opération, l'asphyxie a disparu. (Boissons adoucissantes, lait.)

Le 24. Un peu de dypsnée passagère, pas de fausses membranes; dans la journée l'enfant respire bien et crache facilement par la canule. (Boisson, lait.)

Les 25 et 26. Le malade continue à bien aller, mais ne rend pas de fausses membranes.

Le 1er avril, neuvième jour après l'opération, on enlève la canule, la respiration et la déglutition sont faciles; les jours suivants l'enfant va de mieux en mieux, la plaie se cicatrise, et le 10 avril il sort guéri.

Depuis cette époque il n'avait cessé d'aller bien, il n'avait fait aucune maladie, lorsque vers la fin de janvier 1852 il fut pris de toux, d'oppression et d'altération de voix. Le 2 février, il entre de nouveau à l'hôpital, dans un état d'asphyxie qui existe depuis la veille; il est aphone, il n'y a pas de fausses membranes apparentes, la face est violacée, l'expansion pulmonaire est nulle, la mort est imminente. Mon collègue Trousseau et moi n'hésitons pas à conseiller la trachéotomie ; elle est pratiquée heureusement, l'asphyxie cesse ; dans la journée l'enfant est très-bien, il boit facilement, il expectore par la canule et rend des fausses membranes pendant trois jours. L'amélioration se soutient, la canule est retirée le sixième jour; la plaie se rapproche. Aujourd'hui, 11 février, l'enfant est très-bien, la déglutition est naturelle.

---

### COUP D'ŒIL SUR LA VALEUR DE L'ÉLECTRICITÉ DANS LE TRAITEMENT DES PARALYSIES DE CAUSE TRAUMATIQUE.

Les violences extérieures peuvent atteindre toutes les parties du système nerveux et l'organe qui commande comme ceux qui transmettent ou qui exécutent les mouvements. Les paralysies traumatiques

reconnaissent donc trois sources principales : 1° la lésion des centres nerveux ; 2° celle des nerfs ; 3° enfin celle du tissu musculaire.

*Paralysie par lésion traumatique des centres nerveux.* — Les exemples de ces sortes de maladies sont rares : les conditions anatomiques des parties en fournissent le motif ; l'axe cérébro-spinal est protégé par une enveloppe osseuse solide; celle-ci est en outre recouverte par un tégument épais dans sa partie crânienne, tandis qu'elle est doublée dans sa portion rachidienne par une couche musculaire considérable. Les centres nerveux se trouvent ainsi à l'abri des effets immédiats des causes vulnérantes. Du moins, lorsque la violence extérieure a été assez considérable pour vaincre toutes ces résistances, la blessure qui en résulte offre, par la diversité des éléments organiques intéressés, des phénomènes trop complexes, pour que nous allions puiser dans ces faits. Cependant il nous serait possible, en allant fouiller les annales de la chirurgie militaire, d'en fournir des exemples; mais ce serait sans aucun profit pour la thèse que nous soutenons.

Au point de vue où nous étudions notre sujet, la valeur de l'électricité appliquée au traitement des paralysies, nous pouvons nous borner à dire que la lésion des centres nerveux, qu'elle soit le résultat d'une violence extérieure, ou le produit d'un traumatisme interne, présente dans l'évolution de la paralysie les deux périodes que nous avons signalées. Comme les indications curatives sont les mêmes dans les deux cas, nous préférons discuter les moyens thérapeutiques qu'elles réclament, lorsque nous traiterons des paralysies consécutives aux affections du cerveau et de la moelle.

Ce motif nous a porté, dans la note que nous avons lue à la Société de chirurgie, à borner notre examen aux paralysies traumatiques qui succèdent aux lésions des troncs nerveux et à celles du tissu musculaire. Nous allons extraire de ce travail ce qui peut intéresser nos lecteurs.

*Paralysies consécutives aux lésions traumatiques des troncs nerveux.* — L'anatomie pathologique trouve très-peu à s'exercer dans les maladies des nerfs. Ces organes ne présentent presque jamais d'altération dans leur tissu ; à cette circonstance, sans aucun doute, est dû en grande partie le silence que gardent, à l'égard des lésions traumatiques des cordons nerveux, la plupart des traités classiques de pathologie externe sortis de l'école anatomique. Il en est une autre, cependant, c'est la pensée d'incurabilité des désordres qui succèdent à ces lésions. Cette proposition générale, nous l'avons entendu formuler par plusieurs chirurgiens instruits, dans une discussion au sein de la Société de chirurgie : témoin des résultats obtenus par M. le docteur Duchenne, nous avons protesté contre cette impuissance dont

on accusait la thérapeutique, et nous avons pris l'engagement de prouver, par des faits empruntés aux services cliniques des hôpitaux, que l'excitation électrique, localisée dans la peau et les muscles, constituait une méthode de traitement presque toujours efficace dans les cas de paralysies consécutives aux lésions traumatiques des nerfs. L'opinion de nos collègues s'est modifiée depuis notre lecture, et nous espérons faire passer la même conviction dans l'esprit de tous les praticiens.

Un simple coup d'œil jeté sur la disposition des nerfs, à partir des cavités osseuses, qui renferment leur origine, jusqu'à leur terminaison dans les muscles, rend compte de la large part que leurs lésions viennent prendre parmi les causes des paralysies traumatiques. Non-seulement leur position superficielle en beaucoup de points du corps les expose aux violences directes, sections, contusions, etc.; mais, partageant la résistance et l'inextensibilité des ligaments et des tendons, les troncs nerveux sont toujours distendus par les violences qui produisent les luxations. Quelquefois même, lorsqu'ils ne peuvent, par la direction de leur trajet, éluder les extrémités osseuses déplacées, ils sont déchirés ou rompus; ainsi pour le nerf médian, dans la luxation du coude, avec issue de l'extrémité inférieure de l'humérus. Les mêmes circonstances anatomiques existent à l'articulation du genou ; dans les luxations du tibia en avant, la tête du fémur vient distendre violemment le nerf poplité, et peut produire une paralysie de la jambe.

Jetons un coup d'œil rapide sur ces diverses lésions. La *section* d'un nerf n'amène pas irrévocablement la paralysie des muscles auxquels ses ramifications vont se distribuer. Expliquons-nous. Nous sommes placés ici au point de vue de la pratique chirurgicale et non des expériences physiologiques, et nous pouvons dire que la cicatrisation des troncs nerveux est assez rapide pour que, pendant le laps de temps qu'elle emploie à se produire, les muscles ne perdent point leur propriété de se contracter, lorsque l'influx nerveux leur est rendu. La paralysie ne se localise pas. Tous les jours, dans les opérations, on intéresse des rameaux nerveux sans altérer les fonctions musculaires. M. Maisonneuve en a fourni un bel exemple à la Société, en lui présentant le malade sur lequel il avait coupé le nerf sciatique en pratiquant la section du col du fémur.

La *compression* détermine rarement des phénomènes de paralysie; le plus souvent cette action s'exerce d'une manière lente et graduelle, et n'apporte aucun trouble. Ne voyons-nous pas tous les jours des tumeurs considérables venir comprimer de gros troncs nerveux sans anéantir leurs fonctions ? C'est dans les névrômes que l'on est témoin des modifications profondes que les cordons nerveux peuvent subir impunément sous ce point de vue. Lorsque, au contraire, la compression

se manifeste d'une manière subite, elle provoque alors des lésions de la sensibilité. Tout le monde connaît le sentiment particulier d'engourdissement et de picotement que fait éprouver la compression du cubital, lorsqu'on se heurte le coude ; pour que cette lésion exerce son influence sur la motilité, il faut qu'elle agisse avec une certaine intensité, alors elle se confond avec la contusion.

La *contusion*, comme la *distension*, résultent d'actions brusques pendant lesquelles il y a solution de continuité de la substance nerveuse. Pour se rendre compte de ces lésions, il faut se rappeler la constitution anatomique des cordons nerveux. Le nerf se compose de deux parties : un canal névrilématique, à l'intérieur duquel se trouve la pulpe nerveuse. Celle-ci seule préside aux fonctions de la sensibilité et du mouvement ; la première n'est qu'une enveloppe de protection. Une autre particularité que Reil a signalée, c'est que la quantité de substance nerveuse est plus considérable dans les troncs que dans les rameaux, tandis que c'est le contraire pour l'enveloppe ; le névrilème est moins épais dans les cordons que dans les filets nerveux ; de là, la résistance plus considérable de ces derniers. C'est à cette proportion différente des deux parties constitutives des nerfs qu'est due la rareté des paralysies, à la suite des luxations des doigts, du poignet et même du coude, tandis que ces affections sont fréquentes à la suite des luxations de l'épaule : ainsi, on peut dire, comme fait général, que les paralysies après les luxations sont d'autant moins fréquentes que celles-ci affectent une articulation plus éloignée du tronc.

Lorsque l'effort a été considérable, sans l'être assez cependant pour déterminer la rupture du nerf, il en résulte une *distension*, une sorte d'élongation. Il se passe au sein du cordon nerveux ce qui arrive dans les tractions exercées sur les artères. La tunique moyenne, douée d'une moins grande élasticité que la tunique celluleuse, peut se rompre sans solution de la continuité du vaisseau ; de même, dans les tractions opérées sur un cordon nerveux, son enveloppe névrilématique, en raison de son élasticité et de sa résistance, subit encore l'effort que déjà la pulpe nerveuse a été dissociée. La solution de continuité existant dans la substance nerveuse, le nerf n'est plus apte à transmettre l'influx nerveux aux muscles, et l'on voit alors ceux-ci être atteints et dans leur contractilité, et dans leur vitalité. Non-seulement ils restent paralysés, mais ils s'atrophient, comme dans les cas où une partie du cordon nerveux a été arrachée.

De toutes les lésions que peuvent subir les troncs nerveux, une des plus graves semble être la *résection* ou l'*arrachement* d'une de ses parties. Il n'en est rien. Au point de vue des résultats immédiats, les

phénomènes se passent de la même manière. Les muscles frappés dans toutes leurs propriétés vitales restent non-seulement immobiles, mais s'atrophient. Lorsque les désordres dans les parties voisines n'ont pas été trop considérables, la cicatrisation marche alors plus librement. Les belles recherches de Cruiskank et de Monro nous montrent que les deux bouts du nerf s'enflamment, que le tissu cellulaire qu'ils contiennent pousse des végétations successives qui finissent par se rencontrer, qu'enfin au milieu de cette sorte de gangue, qui participe à la nature du névrilème, les vaisseaux voisins viennent déposer de la substance nerveuse, et donner à ce tissu de nouvelle formation une texture assez analogue à celle des cordons nerveux.

Quelle que soit d'ailleurs la marche de la cicatrisation des nerfs, ce qu'il nous importe de constater, et des faits en grand nombre viennent le prouver, c'est qu'au bout d'un laps de temps plus ou moins considérable, l'influx cérébro-spinal est rendu aux muscles, que l'incitation soit transmise à travers le parenchyme de cicatrisation, ou qu'il soit fourni par une circulation collatérale. Il nous suffit que le fait ait lieu.

Un point plus important serait de pouvoir établir la durée de l'évolution de ces phénomènes ; cependant, comme nous le dirons tout à l'heure, cela importerait davantage au pronostic, car les expériences d'un physiologiste anglais, Rœderer, semblent prouver que l'excitation galvanique, localisée dans les muscles pendant qu'ils sont privés de l'influx nerveux, retardait leur atrophie.

Dans les cas de paralysie traumatique, la cause occasionnelle est si évidente, en général, que le *diagnostic* offre rarement au chirurgien les problèmes difficiles que les diathèses, les intoxications et les autres causes de paralysie offrent au médecin. Cependant, lorsque le traumatisme vient à se produire au sein des tissus, il n'en est plus de même. L'observation du malade de M. Nélaton est venue nous en fournir un exemple, et nous en pourrions citer bien d'autres. Combien de cas de fractures présentent des irritations mécaniques semblables ! ici un fragment de côte qui irrite un nerf costal, là une portion de vertèbre brisée qui provoque des accidents de névralgie dans tout un membre !

Les médecins ne méconnaîtraient pas si souvent les causes des affections s'ils portaient à l'examen de leurs malades une plus grande attention. Ainsi, dans le cas du malade de M. Nélaton, que nous n'hésitons pas à rappeler, car il est un bel exemple de diagnostic posé par l'électrisation, ce moyen n'était pas indispensable pour certifier l'existence de l'irritation mécanique de l'un des troncs nerveux qui constituent le plexus brachial. Le pouce appuyé sur le point malade provoquait une douleur qui irradiait dans tout le bras ; il y avait donc

irritation mécanique. Mais, dira-t-on, qu'est-ce qui a porté à aller chercher ce point? La lésion de l'irritabilité des muscles animés par ce tronc nerveux, révélée par l'électrisation localisée dans tous les muscles du bras et de l'épaule. Cela est vrai, mais les douleurs, en se manifestant dans toutes les ramifications des nerfs du bras, ne devaient-elles pas porter à chercher la lésion à l'origine du plexus, comme la lésion de l'irritabilité l'a fait?

Nous ne voulons déprécier en rien les ressources fournies au diagnostic par l'emploi de l'électricité, seulement nous voulons prémunir les praticiens; leur montrer, une fois de plus, que la science complète est bien rarement à la merci d'un moyen. Plus les moyens du diagnostic local sont nombreux, plus l'esprit d'observation devient paresseux. Combien de lésions dont la cause nous échappe, et que nous trouverions bientôt si nous réfléchissions davantage à l'enchaînement des phénomènes morbides!

Si la science du diagnostic est la première des parties qui constituent réellement la médecine, puisque sur elle seule peut être fondé le choix à faire parmi les agents de la thérapeutique, le *pronostic* n'est pas moins nécessaire. Un médecin n'est pas appelé, en effet, près d'un malade atteint d'une affection plus ou moins grave, qu'on ne lui demande ce qu'on doit espérer ou craindre de ses suites; et il ne peut se dispenser de répondre à de pareilles questions.

L'ignorance dans laquelle nous sommes encore sur le laps de temps nécessaire à la cicatrisation des diverses lésions traumatiques qui peuvent atteindre les troncs nerveux, ne permet pas encore de porter un pronostic certain. Seulement les faits recueillis par M. Duchenne suffisent déjà pour mettre hors de doute la curabilité du plus grand nombre de ces paralysies. Grâce aux études persévérantes de ce laborieux confrère, nous pouvons formuler encore quelques données pronostiques.

En traitant du diagnostic différentiel des paralysies, nous avons rappelé que l'altération de l'irritabilité reconnaissait pour cause une altération matérielle du tissu du filet nerveux qui anime le muscle paralysé. Ce fait, établi depuis longtemps par les expérimentations des physiologistes, fournit quelques éléments pour le pronostic. Ainsi, tous les muscles qui ont subi une perte de leur irritabilité devront, avant de guérir, éprouver une atrophie. M. Duchenne a montré que cette atrophie était proportionnelle au degré de diminution de la propriété vitale lésée, *l'irritabilité*. Celle-ci se mesure, nous n'avons pas besoin de le rappeler, d'après la contractilité électrique des muscles.

L'état électro-musculaire des membres paralysés, le *diagnostic local*,

fournit donc une donnée importante. En voici la raison anatomique : chaque tronc nerveux est composé d'un nombre plus ou moins considérable de cordons nerveux juxta-posés les uns aux autres. Ces cordons, à leur tour, résultent également des filets unis entre eux, comme les cordons, par du tissu cellulaire. Quoique les uns et les autres s'entrelacent dans l'intérieur du nerf, de manière à y former une sorte de plexus, ils restent distincts les uns des autres, depuis leur origine jusqu'à leur terminaison dans le muscle. Donc la moitié d'un tronc nerveux peut être atteinte par la cause traumatique. Le reste des filets qui composent ce nerf n'ayant éprouvé qu'une sorte d'ébranlement ne tardent pas à rendre l'influx cérébro-spinal aux muscles auxquels ils se rendent ; tandis que ceux qui ont été intéressés doivent subir la période de réparation. Le tissu des muscles auxquels vont se rendre les filets nerveux lésés, privé alors de tout incitation nerveuse, s'atrophie. La disposition intérieure des nerfs, signalée par Reil, se trouve, on le voit, mise en évidence par les recherches électro-musculaires de M. Duchenne.

Mais revenons à notre sujet. Un malade se présente avec une paralysie complète du bras, consécutive à une luxation datant de plusieurs semaines ; vous étudiez l'état de la contractilité électrique dans chacun des muscles ; vous trouvez que les uns jouissent de leur contractilité artificielle normale, tandis que celle-ci est atteinte plus ou moins profondément dans les autres. Les faits observés par M. Duchenne prouvent que le mouvement volontaire reviendra rapidement dans les muscles qui se contractent sous l'influence de l'excitation électrique, tandis que ceux qui ont subi une perte plus ou moins grande de leur irritabilité artificielle devront toujours, avant de guérir, subir une atrophie proportionnelle au degré de diminution de la propriété vitale lésée.

Cette première déduction, tirée de l'état de l'irritabilité musculaire, a donc une portée pronostique incontestable. De la connaissance exacte de l'état électro-musculaire de chacun des muscles paralysés, vous pouvez non-seulement remonter à la cause de la maladie, mais encore, le diagnostic posé, prévoir, sinon la durée du traitement nécessaire à la guérison de la paralysie, du moins indiquer ceux des muscles qui, les premiers, recouvreront leurs mouvements. « Les pronostics du médecin, dit Hippocrate, confirmés par les événements, ne peuvent qu'augmenter sa considération, en donnant une haute idée de ses talents et de son expérience. »

Voici, à l'appui de ce diagnostic local, un fait que nous avons observé récemment à l'hôtel-Dieu.

Obs. *Luxation en bas de l'épaule gauche par cause directe, suivie de paralysie du membre.* — Le nommé Maillet (Jean), âgé de quarante-sept ans, charron, demeurant à Paris, entre, le 3 février 1852, salle Sainte-Marthe, nº 15, dans le service de M. le professeur Roux. Cet homme rapporte que, trois jours auparavant, il tomba à la renverse dans un escalier. L'épaule gauche ayant porté tout le poids du corps, une luxation s'ensuivit. Le malade se releva seul, et, comme c'était le soir, il rentra se mettre au lit. Pendant deux jours, croyant n'avoir subi qu'une simple contusion, il se borna à faire usage d'un liniment. Le troisième jour, son état ne s'amendant pas, il vint à la consultation de l'Hôtel-Dieu. M. le professeur Roux le reçut dans son service et réduisit le déplacement.

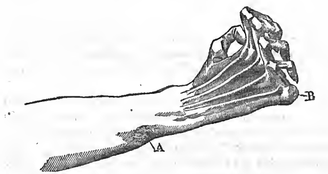
Au bout de quatre ou cinq jours, le malade ne pouvant faire exécuter aucun mouvement à son bras, M. Roux pria M. Duchenne d'examiner l'état des muscles de ce membre et de juger de l'opportunité d'un traitement par l'électricité. Voici le résultat de son examen. Le malade n'éprouve aucune douleur dans le membre paralysé; le tégument a perdu un peu de sa sensibilité, surtout à la face postérieure de l'avant-bras; il existe, en outre, un abaissement de température. L'examen électro-musculaire permet de constater une altération plus ou moins profonde de la contractilité électrique dans le deltoïde et le sous-épineux, dans les muscles qui sont animés par le nerf radial et dans les muscles de l'éminence thénar. Les autres muscles qui meuvent l'omoplate sur le tronc et l'avant-bras sur le bras, les muscles de la région antérieure de l'avant-bras et ceux qui reçoivent les filets nerveux du cubital ont conservé presque intacte leur aptitude à se contracter sous l'influence de l'excitation électrique.

En présence de ces données, M. Duchenne n'hésita point à annoncer que, parmi tous ces muscles qui semblaient également frappés de paralysie, un certain nombre recouvreraient spontanément leur mouvement, mais plus rapidement encore par l'électrisation ; que ces muscles étaient ceux qui n'avaient pas souffert dans leur aptitude à se contracter par l'excitation artificielle; mais que ceux des muscles qui étaient lésés dans leur irritabilité s'atrophieraient quoi qu'on fît, et cela d'autant plus qu'ils se contractaient moins sous l'influence de l'excitation électrique.

Au bout de peu de temps, on vit ce pronostic se confirmer. Quelques séances d'électrisation localisée dans chacun des muscles paralysés rendirent au malade les mouvements d'élévation de l'épaule, de flexion et d'extension de l'avant-bras, enfin tous ceux commandés par les muscles qui reçoivent leur innervation par l'intermédiaire du cubital et du médian, à l'exception toutefois des mouvements qui dépendent des muscles de l'éminence thénar. Or, on l'a vu, tous ces muscles sont ceux qui avaient conservé leur contractilité électrique intacte. Quant aux autres muscles, ils sont en voie de dépérissement malgré l'électrisation qui est pratiquée avec énergie et régularité. C'est alors seulement que la lésion du cordon nerveux, cause de la paralysie, sera guérie, et que l'influx nerveux pourra arriver librement aux muscles paralysés, que le traitement électrique pourra être couronné d'un succès complet, puisqu'il n'aura plus à combattre que la *paralysie localisée.*

Les diverses propriétés dont les muscles viennent à être dépouillés

par la lésion traumatique d'un tronc nerveux peuvent donner lieu à des affections secondaires, sur lesquelles nous nous arrêterons un jour d'une manière spéciale, mais dont nous devons dire un mot de suite ; c'est la déformatian du pied ou de la main, qui se manifestent toujours lorsque les paralysies affectent les avant-bras et les jambes. Ce résultat est quelquefois primitif, c'est-à-dire le fait de la lésion traumatique ; mais le plus souvent il se montre consécutivement pendant le traitement. Expliquons-nous sur ces faits. Un nerf sciatique vient à être lésé seulement dans les cordons qui vont constituer le poplité *externe ;* la jambe demeure immobile. Mais les muscles animés par le poplité *interne* ne sont pas atteints dans leurs propriétés vitales ; si leur contractilité et même leur irritabilité ont été légèrement atteintes par l'ébranlement subi par la pulpe nerveuse, ces accidents ne tardent pas à disparaître spontanément. Or, vous avez alors deux masses musculaires antagonistes, dont l'une s'est atrophiée pendant que l'autre a repris sa tonicité première. Les conséquences de cette évolution pathologique se comprennent, les muscles qui ont conservé ou recouvré leurs propriétés vitales, n'ayant plus de contre-poids, entraînent le pied et déterminent la production d'un pied-bot. Nous avons présenté à la Société un malade offrant un bel exemple de cette lésion secondaire. Les paralysies saturnines localisées dans les avant-bras nous présentent toujours, nous l'avons noté, une déformation du poignet consécutive à ce défaut d'antagonisme musculaire.




L'observation du malade Vambelle, que nous rapportons plus loin, nous montrera les déformations consécutives ; celles-ci se manifestent sur les doigts de la main pendant le traitement par l'électrisation, et reconnaissent pour cause un fait assez remarquable. L'influx cérébro-spinal partant des centres, ce sont les muscles les plus voisins qui, les premiers, recouvrent leurs mouvements. Aussi, dans une paralysie du bras, ce sont d'abord les muscles de l'épaule qui guérissent, ensuite

ceux du bras, puis ceux de l'avant-bras, enfin ceux de la main. Au bras et à l'avant-bras, les propriétés vitales reparaissant à la fois dans les fléchisseurs et les extenseurs, les abducteurs et les adducteurs, ces parties conservent leur attitude normale; mais il ne peut en être de même de la main. Les muscles extenseurs des doigts n'ont d'influence que sur les premières phalanges, la flexion des deux dernières est confiée à l'action des inter-osseux ; or, le mouvement revenant dans les extenseurs des doigts qui siégent à l'avant-bras, avant de reparaître dans les inter-osseux placés entre les os du métacarpe, les phalanges sont renversées sur le dos de la main, jusqu'à ce que ces muscles inter-osseux aient recouvré leur contractilité tonique. Ce fait pathologique a conduit M. Duchenne à rappeler l'attention sur l'action de ces muscles. Cette action, signalée il y a plus de soixante années, par Winslow, avait complétement disparu des traités classiques d'anatomie (1).

*Traitement.* — Le coup d'œil que nous venons de jeter sur les divers phénomènes morbides qui succèdent aux lésions traumatiques des nerfs était indispensable à notre but. Comment poser les indications curatives que réclame le traitement de ces paralysies, si nous n'avons pas établi tout d'abord les propriétés vitales lésées?

Rien ne prouve mieux, ensuite, la localisation de la paralysie que celles que nous étudions. Nous avons vu, d'abord, une série de phénomènes être produits par la lésion première, c'est-à-dire celle du tronc nerveux, puis une autre série de phénomènes venir se localiser dans les muscles. La guérison du tissu nerveux a beau avoir lieu, ses effets ne disparaissent point pour cela, c'est même le résultat de la lésion initiale qui, seul, constitue le problème thérapeutique. Le même fait se produit dans beaucoup d'autres maladies et montre que la notion étiologique ne constitue pas tous les éléments nécessaires pour formuler un traitement.

Rétablir les fonctions organiques de la peau et des muscles, telle est la première indication du traitement des paralysies traumatiques. La localisation de l'excitation électrique dans l'un et l'autre de ces organes remplit ces indications. Comme dans les questions pratiques, c'est par des faits seulement que les assertions sont mises hors de doute. Citons tout d'abord quelques observations avant de poser nos conclusions.

Obs. *Paralysie du membre supérieur, consécutive à une luxation scapulo-humérale avec atrophie.— Guérison par l'électrisation localisée.* — Le nommé Vambelle, tailleur, âgé de vingt-cinq ans, est admis à l'Hôtel-Dieu le 3 février 1850, pour une luxation de l'épaule gauche, survenue la veille dans

(1) Voyez le Mémoire de M. Duchenne, intitulé : Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les muscles de la main.

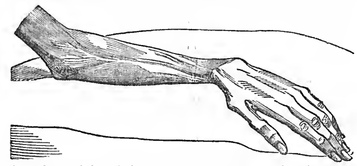
une rixe. Ce malade étant entré après la visite, et les indications de pratiquer la réduction ne paraissant pas urgentes, l'interne de garde crut devoir réserver ce fait pour la leçon clinique du lendemain, et se borna à faire appliquer sur l'épaule des cataplasmes émollients. Le lundi, à la visite, M. le professeur Roux constata que le malade avait perdu la faculté de faire contracter les muscles du bras, ce qui n'avait pas lieu la veille. Une partie des muscles de l'épaule avaient conservé leur contractilité, et leur action était assez énergique pour engager M. Roux à recourir à l'emploi des inhalations anesthétiques pour réduire cette luxation. La réduction opérée, on constata que la paralysie était limitée aux muscles et que la sensibilité de la peau n'était nullement affectée. Le malade, outre une douleur modérée dans l'articulation, accusait un peu d'engourdissement dans la main et l'avant-bras. Il ne pouvait faire exécuter la moindre contraction à aucun des muscles de ces parties. On lui plaça le bras en écharpe, afin de maintenir l'immobilité de l'articulation. Au bout de quelques jours, la douleur articulaire disparut, et l'on put, sans la réveiller, faire exécuter des mouvements au bras; mais le membre restait toujours dans la résolution. Vers la fin du mois, non-seulement aucune amélioration ne s'était manifestée, mais le volume du membre avait diminué; les muscles, en s'atrophiant, avaient fait disparaître tous les reliefs qu'ils produisaient sous la peau. La comparaison de ce qu'ils étaient avec ce qu'ils avaient été était facile, il suffisait de comparer le membre malade avec le membre droit resté sain.

Témoin de quelques-uns des résultats obtenus par l'électrisation localisée, M. Roux engage M. Duchenne à examiner ce malade et à juger si l'intervention de cette médication pourrait être utile à ce malade. Nous avons noté que les mouvements volontaires étaient complétement perdus à la main, au bras et à l'avant-bras. L'électrisation, localisée dans chacun des muscles qui produisent ces mouvements, quelle que soit l'intensité du courant électrique, ne détermine la contraction d'aucun d'eux, soit que M. Duchenne cherche à les exciter au moyen des nerfs qui les animent, soit qu'il dirige l'excitation dans leur tissu. Ces muscles, bien qu'ils ne se contractent pas sous l'influence du courant électrique, sentent cependant son excitation; mais leur sensibilité, comparée à celle du côté sain, semble diminuée de moitié à peu près. Il en est de même des troncs nerveux, dont la sensibilité est considérablement diminuée. L'excitation électro-cutanée éveille des sensations très-notablement moins fortes à l'avant-bras malade. La température de ce membre est également diminuée.

A quelle lésion cette paralysie devait-elle être attribuée? Est-ce à une élongation des troncs nerveux du plexus brachial, ou à leur commotion, ainsi que le pense M. Ampis? Je regrette que l'espace me manque pour reproduire ici la discussion à laquelle ce jeune confrère s'est livré dans l'excellente thèse qu'il a publiée sur cette question. Cette opinion, émise d'abord par M. le professeur Malgaigne, est partagée par M. Duchenne, et les faits, que ses procédés de localisation de l'électricité lui permettent d'analyser avec tant de précision, viendront, lorsqu'ils seront plus nombreux, jeter la clarté sur ces points obscurs. Ce qu'il nous importe tout d'abord de déterminer, car là est un point de pratique, c'est l'opportunité de l'intervention de l'électricité dans ce cas. Tous les muscles situés au-dessous du deltoïde avaient perdu leur contractilité électrique, et, de plus, s'étaient

atrophiés. Ces résultats prouvaient que non-seulement tous les filets nerveux qui les animent avaient également souffert, mais encore que la pulpe nerveuse avait été atteinte dans sa continuité. En présence d'une semblable lésion, devait-on soumettre le membre paralysé à l'action de l'électricité, ou devait-on attendre que le travail de cicatrisation eût ramené les filets nerveux à des conditions anatomiques assez bonnes pour rendre l'influx nerveux aux muscles ?

Nous aurions adopté ce dernier parti, mais M. Duchenne expérimente encore ; aussi, convaincu de ne pas nuire au malade, persuadé en outre de rendre promptement le mouvement aux muscles de l'épaule qui n'avaient pas été atteints dans leur contractilité électrique, notre confrère n'hésita point à entreprendre ce traitement. Le dessin ci-joint représente l'état de



l'avant-bras et de la main à cette époque. L'avant-bras est d'un tiers moins volumineux que celui du côté opposé ; il en était de même du bras, la saillie du biceps avait complétement disparu. La main commence à s'atrophier. Cette gravure ne peut donner une idée exacte du degré d'atrophie musculaire dont ce membre fut atteint en quelques semaines, malgré l'emploi de l'électrisation. La figure 4 montre les restes de l'altération bornée à la main.

L'excitation électrique fut, dès le début du mois de mars, dirigée sur chacun des muscles paralysés. Les séances eurent lieu régulièrement tous les jours, et durèrent huit à dix minutes. L'appareil d'induction, à son maximum, agissait avec des intermittences très-rapprochées, de manière à provoquer vivement la sensibilité musculaire. En très-peu de temps le deltoïde, qui avait perdu une faible partie de son irritabilité, recouvra ses mouvements volontaires ; mais tous les muscles situés au-dessous de lui, malgré l'emploi de l'électrisation localisée, continuèrent à s'atrophier. Ce résultat pouvait être prévu, car la lésion de la nutrition des muscles dépendait de l'altération subie par les troncs nerveux, la paralysie n'étant pas localisée, et partant l'électrisation des muscles atteints dans leur irritabilité n'était pas encore indiquée.

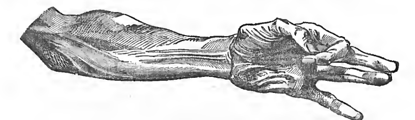
Sous l'influence des excitations électriques continuées, une exaltation de la sensibilité et un sentiment de chaleur incommode ne tardèrent point à se manifester dans l'enveloppe cutanée ; ces phénomènes, en gagnant les muscles du bras et persistant dans l'intervalle des séances, forcèrent M. Duchenne à suspendre le traitement. Ces accidents furent combattus avec succès par des bains de bras émollients et des cataplasmes.

Lorsque cette hypersthésie cutanée et musculaire, bornée à la région brachiale, se fut dissipée, le traitement par l'électrisation fut repris, et l'on vit peu à peu les saillies musculaires reparaître et les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras avoir lieu.

Les mêmes phénomènes de surexcitation se manifestèrent ensuite dans les nerfs et les muscles de l'avant-bras et vinrent annoncer, comme au bras, le retour des mouvements volontaires. Ces mouvements, faibles d'abord, n'apparurent pas tous à la fois et également dans tous les muscles; ainsi le premier mouvement fut la flexion du poignet et des doigts, ensuite l'extension des doigts, puis l'extension du pouce, et, en dernier lieu, l'extension du pouce par les radiaux. Il fallut près de trois mois pour obtenir ces résultats.

L'excitation électrique dut être alors principalement dirigée sur les muscles de la main, et il arriva pour cette région ce qu'on avait observé pour les autres, seulement la surexcitation fut telle que le malade ne voulut plus, après la deuxième séance, continuer son traitement. La main était le siége de douleurs continuelles qui le privaient de sommeil. Il sortit alors de l'Hôtel-Dieu et alla passer six semaines dans son pays.

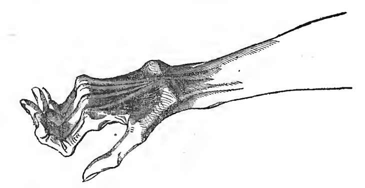
Après quelques mois d'absence, ne voyant pas revenir les mouvements de sa main, Vambelle revint à Paris réclamer les soins de M. Duchenne. L'électrisation des muscles de la main, surtout ceux de l'éminence thénar, qui étaient encore le siége d'une atrophie considérable, ramena les phénomènes que nous avons signalés plus haut, c'est-à-dire une sorte d'hyper-



sthésie musculaire avec augmentation de chaleur; mais bientôt un commencement de nutrition se manifesta, et cette éminence, qui était desséchée, aplatie, grossissait à vue d'œil. Aujourd'hui 10 octobre 1852, après deux années et demie de traitement interrompu à diverses reprises, les mouvements sont revenus; l'action musculaire est faible encore, il est vrai, dans ces parties, mais comme il peut opposer le pouce à l'index, ainsi que le montre la figure ci-dessus, cet homme ne tardera pas à reprendre l'exercice de sa profession de tailleur.

La figure 4 représente le phénomène curieux de la déformation consécutive au traitement. Quand les muscles du bras et de l'avant-bras eurent recouvré leur nutrition et leurs mouvements volontaires, il y eut un intervalle très-long dans la marche de la guérison, et pendant ce temps, la main, qui était restée jusqu'alors dans une attitude cadavérique (fig. 1), prit peu à peu la forme d'une griffe. Les premières phalanges se placèrent dans une extension forcée et les deux dernières dans la flexion, sous l'influence de la tonicité des extenseurs et des fléchisseurs des doigts, dont l'action n'était plus contrebalancée par les inter-osseux et les lombricaux atrophiés. Les ten-

dons des fléchisseurs et des extenseurs, qui jusqu'alors étaient à peine visibles, se tendirent et formèrent des cordes saillantes qui soulevaient la peau. Les têtes des métacarpiens s'hypertrophièrent en avant, de telle sorte que les premières phalanges subluxées éprouvèrent un obstacle mécanique à leur flexion sur les métacarpiens, ainsi que le montre cette figure.



Mais les inter-osseux, les lombricaux et les muscles de l'éminence hypothénar apparaissant à leur tour sous l'influence du traitement, les phalanges reprirent peu à peu leur attitude normale par l'action de la tonicité de ces muscles; la pression exercée sur la tête des métacarpiens par les premières phalanges fit disparaître leur hypertrophie, et la flexion de ces phalanges, gagnant de jour en jour, put enfin se faire à angle droit. Aujourd'hui la flexion et l'extension des trois phalanges a lieu normalement, ainsi que le montre la figure 2.

Devant revenir tout à l'heure sur ce fait, nous nous bornerons, ici, à mettre en relief la manifestation successive des phénomènes thérapeutiques de l'électrisation. Nous avons noté, dans l'observation de Vambelle, le retour rapide des mouvements volontaires du deltoïde qui n'avait pas été atteint dans son irritabilité, puisqu'il se contractait sous l'influence de l'excitation électrique. Il n'en était pas de même des autres muscles du bras; la perte de leur contractilité électrique témoignait qu'ils étaient privés de toute incitation nerveuse; aussi, malgré l'emploi de l'électrisation, ils se sont atrophiés. Lorsque, au contraire, la lésion des troncs nerveux a été guérie et que leur tissu a permis le passage de l'influx cérébro-spinal, alors se sont manifestés les effets curateurs de l'électricité.

Ces phénomènes, signalés par M. Duchenne, doivent être notés avec soin, car leur apparition successive vient soutenir, nous l'avons déjà dit, l'espérance du malade et la patience du médecin. Le premier effet de l'action thérapeutique des courants de l'électricité d'induction chez ce malade fut de provoquer une exaltation de la sensibilité dans la peau et dans les muscles atrophiés. (Chez Vambelle, les nerfs du mouvement

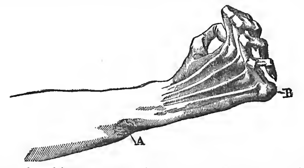
furent seuls atteints ; aussi l'exaltation, l'excitation électrique dut être limitée, dirigée exclusivement dans les muscles). 2° Aussitôt l'apparition de cette hypéresthésie musculaire, l'atrophie cessa et la nutrition des muscles s'opéra, et peu à peu on vit ces organes reproduire les saillies qu'ils formaient autrefois sous la peau. 3° Enfin, les mouvements volontaires reparurent d'abord dans les muscles les plus voisins des centres nerveux. Ainsi, chez Vambelle, ce furent d'abord les muscles du bras, puis ceux de l'avant-bras, enfin, ceux de la main.

Les mêmes phénomènes se manifestent dans tous les cas, ainsi qu'en témoigne l'observation suivante :

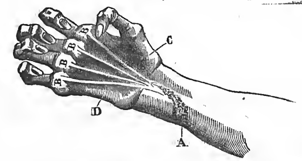
Obs. *Paralysie et atrophie des muscles de la main droite, consécutive à l'arrachement d'une portion du nerf cubital datant de quatre années. — Attitude vicieuse des phalanges avec déformation des surfaces articulaires.—Sous l'influence de l'électrisation localisée, retour successif : 1° de la calorification ; 2° de la nutrition des muscles animés par le nerf lésé ; 3° de la contractilité tonique des mêmes muscles ; 4° amélioration de l'attitude des phalanges par le retour de la tonicité des inter-osseux et des lombricaux ; 5° enfin, retour des mouvements volontaires sans production d'un seul mouvement sous l'influence des excitations électriques.* — Musset (Albert), ouvrier typographe, âgé de dix-neuf ans, entre, le 16 octobre 1850, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Charlos, n° 5, pour y être traité d'une fièvre continue. Lorsque le malade est convalescent, M. Roger, frappé de la difformité que présentait la main droite de ce malade, et pensant que ce cas pouvait offrir quelque intérêt à M. Duchenne, l'engagea à l'examiner. Voici les antécédents racontés par le malade : quatre années auparavant, le 13 octobre 1846, Musset eut le bras pris dans l'engrenage d'une mécanique ; une des dents de l'appareil, tranchante et à bords mousses, de 1 centimètre environ de largeur, pénétra dans les chairs à la partie interne de l'avant-bras, 4 à 5 centimètres au-dessus du métacarpe. Elle rasa la face antérieure du cubitus, puis elle ressortit au dedans du tendon du grand palmaire, en divisant par arrachement tous les tissus qui se trouvaient à sa partie interne ; en conséquence, le cubital antérieur, les faisceaux internes des fléchisseurs superficiel et profond, le petit palmaire, le nerf cubital, l'artère cubitale, et peut-être la terminaison du nerf médian, ont été divisés par la dent de la machine. Musset entra immédiatement à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Roux, et ne fut guéri de sa blessure qu'au bout de trois mois. Lorsqu'il sortit de l'hôpital, sa main était très-amaigrie, et les deux dernières phalanges des doigts étaient constamment fléchies, sans qu'il pût les étendre volontairement. Le quatrième et le cinquième doigt de cette main ne pouvaient être étendus mécaniquement, ils semblaient retenus par la cicatrice de l'avant-bras, à laquelle adhéraient leurs tendons fléchisseurs. On parvint, au moyen de tractions graduées et continues exercées sur les doigts, à rompre les brides qui les retenaient, et à étendre ces doigts aussi facilement que les autres ; mais les mouvements d'extension volontaire semblaient à jamais perdus, telle était l'opinion de M. Roux, et, on peut le dire, on ne connaissait pas d'agent thérapeutique assez puissant pour amener la guérison dans un cas semblable, car il ne s'agissait point

seulement de réveiller la contractilité, il fallait auparavant reproduire les muscles qui étaient atrophiés.

Voici maintenant l'état dans lequel sont les parties avant les tentatives de traitement par M. Duchenne. La main, comme on le voit sur les figures ci-contre, a la forme d'une griffe, elle est presque complétement desséchée, les espaces inter-osseux sont profondément creusés, les éminences




thénar et hypothénar ont presque disparu. On voit, dans la paume de la main, les reliefs des tendons des fléchisseurs, et une saillie considérable de la tête des métacarpiens. Les deux dernières phalanges des doigts sont constamment dans la flexion, mais elles peuvent être étendues mécaniquement sur les premières phalanges. Celles-ci sont renversées sur leurs métacarpiens, au point de présenter une semi-luxation métacarpo-phalangienne en avant; quand on veut fléchir mécaniquement ces phalanges, on éprouve une résistance invincible, qui paraît due à une hypertrophie de la partie antérieure de la tête des métacarpiens B. Si l'on dit au malade d'é-




tendre les doigts, les premières phalanges, déjà dans l'extension, se renversent davantage sur les métacarpiens, et la flexion des deux dernières phalanges s'exagère encore davantage, comme le montre la figure ci-dessus; l'écartement des doigts est impossible; les mouvements d'adduction et d'abduction du pouce n'existent plus. L'avant-bras du côté malade est un peu amaigri et présente à sa face antérieure, et dans le point où a porté la violence extérieure, une cicatrice oblique de haut en bas et de dedans en dehors A; elle est assez adhérente aux tendons, aussi est-elle tirée de haut en bas lorsqu'on fléchit les phalanges. La flexion et l'extension du

poignet sont conservées, ainsi que les mouvements de pronation et de supination. La sensibilité est considérablement diminuée sur la moitié interne de la main, dans le petit doigt et à la face interne de l'annulaire.

Cette main est le siége de douleurs profondes presque continuelles et augmentant par le mouvement des doigts. On constate, par le toucher, que la température est moins élevée que l'autre, et Musset se plaint d'une sensation de froid. Habituellement d'un blanc mat, et n'offrant aucune apparence de veine, cette main forme un contraste frappant avec celle du côté opposé, sur laquelle ces vaisseaux sont très-développés. La peau de la main paralysée devient violacée et s'œdématie sous l'influence du froid. Lorsqu'il vient à la heurter, il y éprouve une vive douleur; et comme non-seulement elle ne lui est pas utile, mais le gêne, plusieurs fois il demanda à M. le professeur Roux de la lui amputer, afin de pouvoir la remplacer par un crochet qui au moins lui permettra, dit-il, de se servir de son membre supérieur et de gagner sa vie. Telle était la position de Musset lorsque M. Duchenne fut appelé à l'examiner, et à éprouver sur lui la valeur de ses procédés de localisation des courants électriques.

Dans quelques points de la main que M. Duchenne applique les excitateurs, quelle que soit la puissance de son appareil, il ne peut produire aucun mouvement artificiel des doigts et du pouce. Si, à l'avant-bras, il fait contracter individuellement les muscles extenseurs et fléchisseurs des doigts, on voit les phalanges étendues par les premiers et les phalangines ou les phalangettes étendues par les seconds. Pendant les contractions de ces muscles et du cubital antérieur, la cicatrice qui lui adhère est tirée en haut. L'excitation électro-cutanée ne produit aucune sensation dans la la moitié interne de la face dorsale de la main, ni dans le petit doigt, ni dans la moitié interne de l'annulaire; dans les autres points de cette région, la sensibilité de la peau n'est que diminuée. La sensibilité des muscles (sensation que l'on produit lorsqu'on dirige l'excitation électrique sur le tissu musculaire) situés dans le dernier espace inter-osseux et des muscles de l'éminence hypothénar est complétement éteinte.

M. Duchenne commence le traitement de ce malade le 22 décembre 1850. Pendant cinq ou six séances, pratiquées jour à autre, l'excitation électrique est dirigée seulement sur les muscles de l'avant-bras, sans que le malade en éprouve la plus légère amélioration. L'excitation est alors portée sur les espaces inter-osseux et sur les régions des éminences thénar et hypothénar, à dose aussi forte que possible, et de manière à provoquer des douleurs. Après la dixième séance, Musset conserve dans la main la sensation d'une chaleur brûlante qui remplace les anciennes douleurs; mais ses doigts lui semblent toujours glacés, engourdis et douloureux, la main est moins desséchée, les espaces interosseux se remplissent, les premières phalanges sont moins renversées, les secondes commencent à s'étendre. Le traitement fut suspendu pendant trois semaines, à cause du retour des accès de fièvre intermittente pour lesquels il était entré à la Charité.

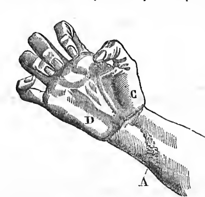
Lorsqu'il fut possible de reprendre le traitement de la paralysie, on observa que Musset n'avait rien perdu quant à l'amélioration dans l'attitude des phalanges, qui s'était montrée sous l'influence des premières électrisations; on constata même que la calorification, premier phénomène qui s'est montré dans la main, avait gagné les doigts, et principalement les deux derniers, au point de le gêner. Les douleurs et l'engourdissement

qu'il éprouvait constamment dans ces parties avaient aussi presque entièrement disparu.

Le traitement étant repris, M. Duchenne joignit à l'électrisation musculaire l'excitation de la sensibilité électro-cutanée par les fils métalliques, et bientôt il vit la sensibilité de la peau de la main augmenter très-notablement, et en même temps les veines se dessiner et grossir sur la face dorsale de la main, et la peau de cette région reprendre sa coloration normale. Les applications électriques, renouvelées presque chaque jour, développèrent assez rapidement les petits muscles de la main, dont il était impossible de constater jadis l'existence, et l'on vit chaque jour les phalanges, pincipalement celles de l'index et du médius, se rapprocher de plus en plus de leur attitude normale, sous l'influence du retour de la contractilité tonique de ces muscles. On constatait alors que la tête des métacarpiens, moins saillante en avant, permettait la flexion des premières phalanges.

L'action de la tonicité des muscles inter-osseux sur les phalanges se montra longtemps avant la manifestation de quelques mouvements volontaires par ces mêmes muscles, car, à l'époque où Musset sortit de la Charité (15 mars 1850), à peine si le mouvement des phalanges était apparent.

Tel était l'état du malade lorsqu'il quitta l'hôpital, état assurément meilleur qu'à son entrée, puisque la main n'était plus difforme; mais cette amélioration ne lui permettait pas encore l'usage de cette partie. Comptant sur une guérison progressive et spontanée, Musset suspendit encore une fois son traitement pendant deux mois et demi. Trompé dans son attente, il vint de nouveau réclamer les soins de M. Duchenne. Le traitement fut repris au commencement de juin. Il fut constaté d'abord qu'il n'avait rien gagné du côté des mouvements volontaires. Les séances ne pouvant avoir lieu que deux ou trois fois la semaine, l'amélioration marcha d'abord moins rapidement qu'à l'hôpital; cependant elle se prononça assez, surtout dans les mouvements volontaires de l'index et du médius, pour qu'au mois d'août 1851 Musset pû écrire et dessiner; et, bien qu'il ait interrompu pendant plusieurs mois et à plusieurs reprises son traitement, aujourd'hui les mouvements des doigts sont assez faciles pour qu'il occupe une place d'expéditionnaire dans un cabinet de lecture, et assez énergiques pour qu'il puisse enlever les volets et fermer la boutique. La gravure ci-dessus, comparée à la figure 2, donnera l'idée des modifications importantes produites par l'électrisation. Afin de rendre la comparaison plus frappante, M. Duchenne a engagé le malade à essayer de placer sa main guérie dans son ancienne attitude. On voit que Musset ne peut plus renverser ses premières phalanges sur leurs métacarpiens, que les extrémités osseuses de ces derniers ne font pas plus de saillie qu'à



l'état normal, et que les tendons des fléchisseurs ne sont plus visiblesdans la peau de la main.

Il est peu de cas de paralysie qui puissent mettre davantage en relief la valeur de l'électrisation que l'observation de ce malade. L'état d'atrophie des muscles de la main et les déformations des surfaces articulaires, résultats de l'attitude vicieuse des phalanges, semblaient soustraire ce fait à l'action des moyens thérapeutiques. Il fallait la confiance que M. Duchenne a dans les procédés d'électrisation, et son vif désir d'expérimentation, pour n'avoir pas hésité à entreprendre le traitement d'une lésion aussi grave et aussi ancienne.

Le succès qui est venu couronner ses efforts persévérants ne sera pas perdu désormais pour la science, et il viendra rendre aux praticiens la confiance dans leur art. Lorsqu'ils se trouveront en face d'une de ces paralysies traumatiques que l'on a dû abandonner jusqu'ici faute de moyens assez puissants pour les combattre, ils sauront qu'ils possèdent dans l'électrisation localisée un agent curateur capable de triompher des phénomènes morbides produits. Comme ces sortes de traitements sont excessivement longs, ils devront soumettre tout d'abord à l'excitation électrique seulement les muscles qui n'ont pas été atteints dans leur contractilité électrique ; tandis que pour les autres, ils attendront, pour intervenir, que la cicatrisation des nerfs ait rendu aux muscles atrophiés l'influx nerveux. Les deux faits que nous avons rapportés en sont la preuve. Ainsi, nous voyons dans l'observation de Musset une paralysie avec atrophie presque complète, durant depuis quatre années, céder beaucoup plus rapidement qu'une paralysie récente.

Nous devons noter encore, dans l'observation de Musset, les résultats de l'action thérapeutique de l'électrisation localisée : ses effets se sont succédé dans le même ordre que chez Vambelle ; le premier a cependant été plus complexe ; le nerf radial, chez Musset, avait été atteint dans sa continuité, de sorte que la sensibilité de la peau s'est trouvée détruite en même temps que le mouvement volontaire. L'excitation électrique n'a pas dû être dirigée seulement sur les muscles atrophiés, il a fallu en limiter, tout d'abord, l'action à la peau ; le résultat de cette action a été le retour des fonctions de la peau, surtout celui de calorification. Après se sont montrés les phénomènes de la nutrition des muscles, leur développement graduel, puis le retour de la contractilité tonique ; enfin celle de la contractilité volontaire.

Un fait curieux, que nous avons déjà noté, c'est que les mouvements reparaissent longtemps avant que les muscles aient recouvré la propriété de réagir sous l'influence de l'excitation électrique. L'irritabilité

n'est donc point indispensable à l'action musculaire ; ce résultat, que les physiologistes ont en vain tenté de prouver par leurs expériences, se trouve établi par les faits thérapeutiques.

Bien qu'on sente aujourd'hui la nécessité d'en venir enfin à l'étude rigoureuse des phénomènes de la vie, les physiologistes ont laissé de côté une mine féconde. La création de la physiologie expérimentale a constitué un progrès; un dernier reste à réaliser, c'est d'y adjoindre l'étude des phénomènes pathologiques et thérapeutiques. Les bases de la science de l'organisation ainsi complétées, on pourra s'élever alors aux théories. L'hypothèse ne devancera pas l'observation, et, n'étant plus contredite par l'expérience, pourra servir utilement la médecine pratique.

*(La fin à un prochain numéro.)*

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### DES PRÉPARATIONS DE QUINQUINA.

Bien des choses ont déjà été dites sur le choix des préparations dont le quinquina est la base, et sur les meilleurs modes de les obtenir. Ce fait ne doit point étonner, si l'on considère l'importance thérapeutique de ces préparations; mais il prouve que leur pharmacologie n'est point encore assise.

Si elle n'est point nettement établie pour les pharmacologistes eux-mêmes, elle l'est encore moins pour les médecins praticiens qui, généralement même, ne connaissent pas le point où les derniers travaux l'ont amenée. Un récent et excellent travail de M. Garot nous fournit l'occasion de leur présenter l'état de la question.

Voici sommairement sa position établie, comme cela doit être, l'action thérapeutique des principes immédiats étant connue, sur la composition chimique des écorces péruviennes.

Les quinquinas contiennent des *kinates de chaux*, des *kinates de quinine et de cinchonine*, du *rouge cinchonique soluble*, du *rouge chinchonique insoluble*, etc., etc. Ces matières n'existent point en même proportion dans tous les quinas. Dans le gris, la cinchonine est en bien plus grande proportion que la quinine; dans le jaune, c'est l'inverse. On peut même dire que la cinchonine existe seule dans le premier, et la quinine à peu près seule dans le second; dans le rouge, ces deux principes semblent exister en proportions égales. De son côté, le tannin de quinquina, ou rouge cinchonique soluble, est plus abondant dans le gris que dans le jaune. Le quina rouge semble encore tenir le milieu ici.

Dans l'emploi des quinquinas, ce sera donc l'effet qu'on voudra obtenir qui décidera de l'adoption de l'un plutôt que de l'autre. Ainsi, veut-on un fébrifuge, on emploiera le jaune ; un tonique, ce sera le gris ; tandis qu'on choisira le rouge, si l'on veut l'un et l'autre effet la fois.

Les quinquinas cèdent leurs principes actifs aux dissolvants pharmaceutiques ordinaires (les corps gras exceptés), mais plus facilement à l'alcool qu'aux autres, et plus aisément à l'eau au point d'ébullition qu'à l'eau froide. Nous ajouterons que la décoction dissoudra une plus grande quantité de principes actifs que l'infusion, et surtout la macération, sans cependant épuiser complétement les écorces, résultat que l'on n'obtient bien qu'à l'aide de l'eau acidulée. L'eau alcalisée aurait un effet contraire.

Cet état chimico-pharmacologique de la question n'a pas suffi à M. Garot; il a voulu plus de précision, donner, en quelque sorte, à chacune des préparations de quinquina du Codex, sa valeur mathématique. Aussi son travail sera-t-il, en cela, précieux aux rédacteurs du futur Codex.

M. Garot, partant de cette considération que le quina gris ne peut donner que des résultats infidèles, lui substitue, pour ses expériences, le quina jaune, et fait ensuite la comparaison.

« Le but que nous voulons atteindre en publiant ces observations, dit M. Garot, n'est point de proposer un nouveau mode de préparation pour les sirops, vins ou extraits de quinquina, mais de venir en aide aux futurs rédacteurs du Codex, lorsqu'ils auront à réformer les formules qui concernent ces médicaments et à en produire de plus rationnelles, en établissant, par des expériences positives, quelles sont les proportions réelles d'alcaloïdes enlevées à une écorce dont la richesse est connue, par les divers traitements qu'on lui fait subir dans nos officines.

« Trois kilogrammes de quinquina jaune, ayant été concassés finement, furent partagés en trois doses égales.

« Un kilogramme fut mis en ébullition, en vase clos, pendant une demi-heure dans 11 kilogrammes d'eau, proportion du Codex pour le sirop.

« Un kilogramme fut mis en macération pendant huit jours, en suivant les prescriptions du Codex pour le vin de quinquina, dans 2 litres d'alcool et 16 litres de vin rouge de Bourgogne.

« Ces diverses opérations terminées, le quinquina qui en provenait, ainsi que celui qui n'avait subi aucune manipulation, furent soumis l'un et l'autre à trois décoctions successives dans l'eau acidulée d'acide

chlorhydrique. Après saturation par la chaux, dessiccation du dépôt, traitement par l'alcool, et évaporation pour en extraire la quinine brute, cette dernière fut reprise par l'eau acidulée d'acide sulfurique, pour être transformée en sulfate.

« Voici le résultat obtenu :

« Le quinquina n° 1, celui qui n'avait subi aucun traitement préalable, produisit 30 grammes de sulfate de quinine, qui, à 74 p. 100, représentent 14,80 de quinine.

« Le quinquina n° 2, celui qui avait servi à la préparation du sirop, produisit 14 grammes de sulfate de quinine, qui, à 74 p. 100, représentent 10,36 de quinine.

« Le quinquina n° 3, celui qui avait servi à la préparation du vin, produisit 8 grammes de sulfate de quinine, qui, à 74 p. 100, représentent 5,92 de quinine.

« Il suit donc de cette première appréciation qu'un kilogramme de quinquina, contenant 14,80 de quinine, a cédé :

« A une décoction d'une demi-heure dans 11 litres d'eau, 4,44 (à peu près le tiers) de la quinine qu'il contenait.

« Et à la macération dans 16 litres de vin, 8,88 (à peu près les deux tiers) de cette même quinine. »

M. Garot part des données que ces expériences lui ont fourni pour établir, avec des détails que nous ne pouvons reproduire ici, la quantité de quinine contenue dans les diverses préparations à base de *quinquina jaune*.

Il s'ensuit que la proportion de quinine est la suivante :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Pour 1000 | de sirop | 0,35 | de quinine. |
| — 100 | — | 0,035 | — |
| — 10 | — | 0,0035 | — |

soit pour une cuillerée de 20 grammes, 7 milligrammes de quinine.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Pour 100 | d'extrait mou | 3,52 | de quinine. |
| — 10 | — | 0,35 | — |
| — 1 | — | 0,035 | — |
| Pour 1000 | de vin | 0,53 | de quinine. |
| — 100 | — | 0,053 | — |

soit pour le petit verre, qui représente environ 50 grammes, 26 milligrammes de quinine.

M. Garot trouve fort petite cette proportion du principe actif du quinquina dans les préparations dont il fait la base, et fait remarquer qu'elle eût été encore bien plus faible s'il se fût agi du quina gris. Cependant, ferons-nous observer, on ne peut contester que telles quelles,

les préparations de quinquina rendent d'évidents services. Néanmoins, on doit chercher à les améliorer.

Presque tous les pharmacologistes sont d'accord pour demander que, dans la prochaine édition du Codex, le quinquina jaune soit adopté à la place du gris, comme base des préparations officinales. M. Garot veut plus. Considérant que le quinquina gris ne contient quelquefois aucune trace d'alcaloïde, il propose de le rejeter tout à fait de la matière médicale. C'est, ce nous semble, trop radical. Il suffit de mettre cette sorte d'écorce sur son véritable plan, mais non de rejeter entièrement ses services, pour que tout soit pour le mieux.

---

### FALSIFICATION DU SIROP D'ORGEAT ; MOYEN DE LA RECONNAÎTRE.

M. Chevalier, dans son Nouveau Dictionnaire des substances alimentaires, médicamenteuses et commerciales, reconnaît avec raison qu'il se fabrique dans le commerce un sirop d'orgeat qui ne contient ni amandes douces, ni aucune autre substance émulsive. Nous avons eu l'occasion d'examiner ce liquide ; nous l'avons trouvé composé de sirop de sucre, de glucose, de teinture alcoolique de baume du Pérou ou de la Mecque, et d'huile essentielle d'amandes amères.

Ce sirop a tout l'aspect, l'odeur et la saveur de l'orgeat de bonne qualité ; cependant il en diffère, d'abord, en ce que mêlé à de l'eau ordinaire, il devient d'un blanc mat translucide; qu'ensuite il ne mousse pas par l'agitation, et qu'enfin l'eau qu'on lui ajoute se décolore et devient limpide par la filtration.

On reconnaît ce faux sirop d'orgeat par le moyen suivant :

On met dans une fiole 30 grammes de ce composé avec 100 grammes d'eau et 10 grammes d'éther sulfurique ; on agite plusieurs fois ce mélange ; après quatre ou six heures de repos, le liquide devient incolore et d'une limpidité parfaite, l'éther s'est emparé de toute la résine qui rendait le liquide lactescent. Si l'on répète comparativement cette opération avec du sirop d'orgeat fait selon le Codex, il se formera dans le liquide une couche supérieure blanche composée d'éther, d'albumine, de gomme, de parenchyme; le restant du liquide n'est que de l'eau, du sucre et une quantité presque inappréciable d'huile tenue en suspension par de l'émulsine.

A Paris, le sirop d'orgeat fait sans amandes ne se vend que sur les places publiques ou dans les lieux de bas étage ; son prix est de cinq centimes la cuillerée à bouche mêlée à un verre d'eau.

Si l'usage de cette boisson ne rafraîchit pas le consommateur, elle a au moins l'avantage de ne pas l'indisposer.

Stanislas MARTIN.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

### SUR LA LUXATION OU DIDUCTION DES OS DU BASSIN CHEZ LA FEMME.

La lecture du travail de M. Martin, sur le relâchement des os du bassin, inséré dans le *Bulletin de Thérapeutique* (tome XL, p. 108), m'engage à publier la note suivante, sur le même sujet. — Dans certaines grossesses et pendant quelques accouchements, l'écartement des os du bassin peut se présenter. Les douleurs, dit Hippocrate (Traité de sa nature de l'enfant, liv. I, ch. x), se font sentir dans tout le corps, surtout aux lombes et à l'ischion, qui se sépare. — Cette espèce de luxation, admise par Pineau (Opuscul. anatomie. et phys., lib. II, cap. IX); par Guillemeau (De l'heureux accouchement, liv. II, ch. I); par Fabrice de Hilden (Obs. chirurg., cent. VI, obs. XXXIX); par Harvey (De partu, lib. gener. animal.); par Smellie, par beaucoup d'autres encore; rejetée par Vésale (p. 7, édit. de 1642); par Dulaurens (Histoires et controverses anatomiques); par Dionis, Palfyn, Rœderer et A. Paré qui, plus tard, fit loyalement l'aveu de son erreur; cette sorte de luxation, dis-je, n'est plus contestée aujourd'hui. Ainsi, Hunter, Morgagni (Du siége et des causes des maladies, lettre 48, n° 45), Bartholin, Louis (Mémoire sur l'écartement des os du bassin), Portal (Cours d'anat. médic., 1804, t. I, p. 351), et tous les accoucheurs modernes : Baudelocque, Desormeaux, M^me^ Boivin, le professeur Velpeau, etc., reconnaissent la possibilité de l'écartement des os du bassin.

Voici deux observations que j'ai recueillies sur cette affection :

En 1835, la femme d'un fabricant de parapluies, demeurant à Lunéville, descendit brusquement de son lit, et fit quelques pas dans sa chambre, quatre jours après avoir mis au monde deux jumeaux. Le lendemain de cette imprudence, elle accusa une douleur dans les symphyses pubiennes et sacro-iliaques, augmentant au moindre mouvement des membres abdominaux. Quelques mois plus tard, elle consulta le docteur Bonfils (fils), de Nancy, qui lui conseilla une nouvelle grossesse. Celle-ci eut lieu et la parturition fut facile, mais la dame Bé ne fut point guérie. A cette époque, où je fus appelé pour la première fois, le mouvement des os du bassin était très-apparent : ainsi, quand la malade marchait, ou montait et descendait un escalier, l'os coxal, correspondant au membre abdominal sur lequel le tronc était porté, remontait sensiblement. Cette femme boitait donc fortement, et le balancement de son corps, pendant la marche, était semblable à celui

d'un enfant dont les membres pelviens sont arqués à concavité interne. L'on sait que Monro a très-bien décrit cette vacillation dans la marche et la claudication qui en résulte. (Voir les Mémoires de la Société royale d'Edimbourg, suite, t. I, p. 414.)

De nombreuses ventouses scarifiées, de grands bains, le repos absolu au lit, une serviette serrée autour du bassin, puis des frictions toniques amenèrent une cure radicale. Je dis radicale, car trois ans plus tard, j'ai accouché cette femme avec le forceps, et la diduction ne reparut point.

Pendant que je donnais des soins à la femme Bé, je traitais aussi une autre personne de sa connaissance, demeurant rue d'Allemagne, n° 74, atteinte de la même affection. Les moyens que j'ai conseillés à cette dernière furent les mêmes que ceux indiqués ci-dessus; mais je ne sais si la malade s'est complétement rétablie, car elle a quitté Lunéville pendant le traitement.

Dans les deux observations que je viens de rapporter, l'écartement des os du bassin n'a point été l'effet de la déchirure des ligaments, puisque dans la deuxième observation il avait lieu déjà pendant la grossesse; mais il a été causé par le relâchement des ligaments. Je ne pense pas qu'il existât une tumeur blanche des symphyses, comme le voulait Boyer, donnant, à l'appui de son opinion, une observation publiée par Lhéritier dans le journal de Fourcroy. D'ailleurs les observations de Dossien (Obs. anat.-chirurg.-méd., décad. I, obs. III), de Kayserliz, de Deventer, prouvent évidemment qu'il ne faut pas toujours, en pareils cas, admettre la tumeur blanche.

Voici, au reste, les symptômes que j'ai rencontrés dans mon observation, et qui me font dire qu'il existait seulement un relâchement des ligaments : 1° douleur fixe à la région de chaque symphyse, augmentant par la station sur les pieds, par la marche et surtout pendant l'action de monter et de descendre; 2° raccourcissement et allongement successifs des membres pelviens, chaque trochanter conservant exactement son rapport avec la crête iliaque correspondante; 3° membres abdominaux non infiltrés.

PUTEGNAT, D. M.,
Correspondant de l'Académie de médecine de Paris,
A Lunéville (Meurthe).

---

*Priapisme traité avec succès par la ponction du corps caverneux.* — Le priapisme, l'érection permanente et douloureuse du pénis, sans désir d'exercer l'acte vénérien, est une affection rare et dont les causes sont le plus souvent locales, c'est-à-dire qu'elle est causée presque toujours par l'irritation d'un organe voisin ou des parties constituantes du pénis; souvent, cependant, il est assez difficile de savoir à quoi la rapporter. Les antiphlogistiques, la saignée, surtout dans le cas de pléthore, les émollients, les réfrigérants, les calmants, les antispasmodiques, tels sont les moyens qui sont recommandés dans ces derniers cas. L'observation que nous rapportons un peu plus loin montre cependant que l'on a passé sous silence l'essai d'une substance précieuse, la lupuline. Si cependant ces moyens échouaient, le fait suivant, dont nous avons été témoin dans le service de M. Velpeau, serait de nature à faire penser que l'on pourrait réussir en pratiquant la ponction du corps caverneux :

Le 24 septembre dernier, est entré à la Charité, dans le service de M. Velpeau, le nommé L. (François), âgé de trente-quatre ans, ouvrier ébéniste, homme robuste et bien portant, marié depuis plusieurs années, ne se livrant à aucune espèce d'excès. Le 22 septembre, dans la nuit, à la suite d'un coït simple, sans excitation extraordinaire, cet homme vit l'érection persister sans douleur aucune et se prolonger pendant le reste de la nuit; elle durait encore le matin, sans qu'il en éprouvât la moindre gêne. Il se rendit à son atelier, se livra à ses occupations, sans se préoccuper de cet état. La nuit se passa dans des conditions semblables, et sans qu'il éprouvât aucune espèce de désir vénérien. Le 24, il se rendit encore à son atelier, comme de coutume; mais après deux heures de travail, il commença à ressentir un peu de douleur à l'extrémité de la verge, et se tourmentant de la persistance de cet état, il prit un bain qui apporta un peu de soulagement, sans modifier l'état du pénis. Ce fut alors qu'il se décida à entrer à l'hôpital.

Le 25, au matin, M. Velpeau constata que l'état général du malade était des plus satisfaisants : ni gêne, ni douleur dans les testicules, sur le trajet des conduits spermatiques : la verge même, quoique toujours en érection, n'était pas douloureuse. Déjà, la veille, le malade avait pris un lavement camphré. M. Velpeau prescrivit l'application de 20 sangsues au périnée, un bain, des frictions mercurielles belladonées. Ce traitement n'amena aucune amélioration. Le malade avait un peu de fièvre; néanmoins, il n'avait pas perdu l'appétit. La nuit du 25 au

26 fut très-agitée, et le 26 au matin le malade ressentait des douleurs assez vives à l'extrémité de la verge et un sentiment pénible de pesanteur et de malaise à la région périnéale. (Lavement camphré et belladoné.) Sous l'influence de ce médicament, il y eut un peu de diminution dans la tension du corps caverneux, et le malade vit en partie cesser la douleur qu'il éprouvait à l'extrémité du pénis.

Mais le 27 et le 28 le mieux disparut; l'érection, quoique moins forte, persistait toujours. Songeant alors à un fait qui lui avait été communiqué par un médecin, d'un priapisme qui n'avait pas cédé aux traitements habituels et qui avait guéri, sans accident, par la pénétration fortuite de l'extrémité aiguë d'un canif dans le corps caverneux, M. Velpeau pratiqua une ponction à l'aide d'un petit trocart explorateur, qui fut introduit tranversalement de droite à gauche, à environ 3 centimètres en arrière de la base du gland; les corps caverneux furent traversés de part en part. Cette ponction fut excessivement douloureuse; la plaie d'entrée fournit seule du sang en assez petite quantité, et pendant environ une heure.

La ponction ne fut pas suivie immédiatement de la cessation complète de la turgescence des corps caverneux; la verge s'affaissa peu à peu, et le lendemain elle avait repris sa forme et son volume ordinaires. Depuis lors, il n'y a plus eu traces de la maladie : tout sentiment de gêne et de douleur a disparu. Le 4 octobre, nous avons pu constater, autour de la plaie, la présence d'une ecchymose non limitée, sans gonflement du tissu cellulaire sous-cutané; mais le malade, se trouvant tout à fait guéri, a voulu quitter l'hôpital immédiatement.

---

*Phlébite traumatique des corps caverneux.—Bons effets de la lupuline.* — Les affections de cause traumatique guérissent souvent par les seules ressources de l'organisme ; et pour voir ce résultat se produire, il suffit, dans un grand nombre de cas, d'éloigner les causes qui peuvent enrayer la marche du travail de cicatrisation. Des actes physiologiques peuvent quelquefois entraver ce travail, il importe donc à la thérapeutique de posséder des moyens qui aient prise sur ces phénomènes naturels. Parmi ces actes, un de ceux qui se manifestent le plus fréquemment, ce sont les érections. Il est peu d'affections de la verge que les érections ne compliquent. Un médicament précieux dans ces circonstances, et sur la valeur duquel nous avons appelé l'attention des praticiens, c'est la lupuline. Le fait suivant va nous prouver de nouveau les services que cette substance peut rendre. *A juvantibus et lædentibus fit indicatio.*

Un de nos confrères, sous l'influence d'exercices prolongés d'équi-

tation, avait vu survenir chez lui une inflammation du corps caverneux. Pendant les premiers temps, c'est à peine s'il s'en aperçut. Il avait bien remarqué qu'à la partie moyenne de la verge existait une partie plus consistante ; comme il n'en souffrait pas, il n'y prêta aucune attention. Après environ quinze jours de durée de cet état, les choses changèrent de face. La nuit, dès qu'une érection avait lieu, une vive douleur se manifestait dans le point malade et irradiait dans toute l'étendue de la verge ; il était obligé alors de sortir du lit, et, à l'aide d'applications froides, de faire tomber cet érétisme génital. Trois ou quatre fois chaque nuit, notre confrère avait recours à une manœuvre semblable. Au début des accidents, lorsque l'organe était revenu à l'état de flaccidité, la douleur disparaissait spontanément ; mais les érections, en se répétant, finirent par laisser dans toute l'étendue des corps caverneux une sensation de tension pénible, sinon douloureuse. Dans l'espérance de combattre ce résultat fâcheux, ce médecin eut recours aux préparations camphrées et opiacées ; le peu d'amélioration qu'il obtint de leur usage l'engagea à nous venir consulter.

Les bons effets que nous avions maintes fois obtenus de l'emploi de la lupuline pour abattre les érections, chez les malades affectés de blennorrhagie compliquée d'épididymite, nous engagèrent à conseiller à ce confrère d'en tenter l'emploi. Dès le soir même il prit, en se couchant, une dose de 0,60 centigrammes de lupuline enveloppée dans du pain azyme. La nuit fut calme et tranquille. Non-seulement aucune érection ne vint le réveiller, mais son sommeil fut profond ; car cette substance, outre son influence spéciale sur le phénomène de l'érection, possède une action narcotique incontestable ; cette action dernière lui parut surtout précieuse en ce qu'elle ne fut accompagnée ni de constipation, ni d'excitation des fonctions de l'estomac, semblables à celles provoquées par le camphre et l'opium, dont il avait d'abord tenté l'emploi. Pendant quinze jours il répéta, chaque soir, l'usage de sa dose de lupuline, et à dater de ce moment le travail de cicatrisation, n'étant plus entravé par les érections, marcha rapidement. Au bout d'un mois ce confrère est venu nous remercier de notre conseil ; il est complétement guéri, c'est-à-dire qu'il reste une partie indurée de l'épaisseur d'un centime, qui cloisonne la verge en deux parties égales, l'une supérieure, l'autre inférieure. Ce diaphragme n'est pas complet; car l'érection a lieu sans amener de déviation dans l'axe de la verge, comme cela arrive lorsqu'une des parties latérales a été seule affectée.

Cette action spéciale de la lupuline n'est pas connue comme elle mérite de l'être, car elle trouve son indication dans beaucoup de cas. Dans les plaies accidentelles du pénis, par exemple, ou dans celles qui

résultent de tentatives d'autoplastie, les érections, plus que le contact de l'urine, nuisent au travail de la cicatrisation.

Les indications thérapeutiques sont si diverses, que nous ne laissons jamais échapper l'occasion qui nous est offerte de signaler un moyen nouveau, surtout lorsque son expérimentation se produit dans la pratique d'un homme du mérite de M. Velpeau. Quelle est la valeur de la ressource nouvelle signalée par ce chirurgien éminent? et ne trouverait-on pas dans l'emploi de la lupuline un moyen de triompher aussi efficacement du priapisme qu'avec la ponction du corps caverneux? Le fait que nous venons de rappeler nous permet de faire quelque réserve sur la valeur de l'enseignement qui semble ressortir de l'observation du malade de l'habile professeur.

Les phénomènes morbides ne s'éloignent pas assez de ceux physiologiques pour que l'agent qui a prise sur les seconds ne doive également triompher des premiers; entre ces deux modes d'action, surtout dans le cas que nous discutons, il ne peut y avoir qu'une question de dose. Or, les propriétés aromatiques et hypnotiques de la lupuline ne peuvent proscrire l'essai de son emploi, dût-on doubler la dose que nous avons prescrite. Nous n'hésiterions donc pas à la conseiller dans un cas semblable.

La ponction des corps caverneux ne nous paraît pas, d'ailleurs, aussi innocente qu'on le pourrait penser; et Albinus a rapporté le fait d'une incision d'une ecchymose sanguine, survenue à la suite d'une contusion du pénis, qui fit périr le malade. La dimension du trocart dont s'est servi M. le professeur Velpeau met à l'abri d'un semblable accident; mais l'opération n'eût-elle contre elle que la douleur qu'elle provoque, que son emploi ne devrait être tenté, suivant nous, même dans le cas de priapisme, qu'alors seulement qu'on aurait expérimenté sans succès l'action de la lupuline.

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

**AMAUROSE** (*Efficacité du sublimé corrosif dans le traitement de quelques formes de l'*). Au milieu de cette immense quantité de moyens qui ont été recommandés dans le traitement des affections amaurotiques, le calomel à doses altérantes, et l'onguent napolitain en frictions sur la région temporale, occupent certainement le premier rang. Telle est même, dans l'opinion de certains ophthalmologistes, la puissance des préparations mercurielles dans les cas de ce genre, que Travers n'hésitait pas à mettre le mercure au-dessus de toute autre substance de la matière médicale dans le traitement de l'amaurose. Suivant toutes probabilités, le mercure n'agit alors qu'en procurant la résolution d'obstacles divers, d'épanchements crâniens ou autres qui entretiennent mécaniquement le trouble de la vision. Qui ne sait que le mercure est l'agent le plus puissant dans les inflammations actives ou productives, celles qui tendent à engendrer des organisations anormales, telles que fausses membranes, concrétions lymphatiques, etc.? Langenbeck admet que les congestions

rétiniennes doivent s'accompagner, au bout de quelque temps de leur durée, d'un suintement lymphatique, d'une sorte de sugillation, contre lesquels le mercure est le remède le plus salutaire. La teinte opaline que l'on constate au fond du globe de l'œil dans quelques gouttes-sereines ne confirme-t-elle pas cette opinion?

Quoi qu'il en soit, on ne saurait contester l'efficacité des préparations mercurielles; mais le calomel et l'onguent mercuriel ne sont pas les deux seules préparations qui aient été employées avec succès. Langenbeck, Travers, ont aussi recommandé le bichlorure de mercure, et M. Deval vient de publier quatre observations qui ne permettent pas d'élever de doutes sur les avantages que l'on peut s'en promettre dans l'amaurose, ajoutons, dans l'amaurose non syphilitique. Ainsi, dans un premier fait, nous voyons un jeune homme de vingt-cinq ans, ayant déjà perdu l'œil droit par suite d'une inflammation qui avait envahi les tissus externes et internes, chez lequel l'œil gauche, affecté depuis plusieurs mois, avait d'abord été douloureux, photophobe, tourmenté par la perception de mouches colorées et avait perdu la faculté visuelle depuis trois semaines. Traité sans succès par divers moyens, il vint consulter M. Deval, qui reconnut, avec l'amaurose, la présence de plusieurs dépôts plastiques sur la cristalloïde antérieure, légèrement adhérente en quelques points à la marge pupillaire de l'iris. (Sangsues au fondement, pédiluves irritants, onguent napolitain belladoné sur le front et la tempe gauche, calomel avec rhubarbe et poudre de racine de jalap.) Cinq jours après, nouvelle application de sangsues. Huit jours après, M. Deval lui prescrivit une solution composée de 0,20 de sublimé corrosif, 250 d'eau distillée et 15 gr. d'alcool rectifié, à la dose d'une demi-cuillerée à bouche, dans une tasse d'eau gommée, à prendre le soir au moment du coucher; élever la quantité à une cuillerée à bouche dans quelques jours. Sous l'influence de ce traitement, la vue se reconstitua peu à peu dans l'œil gauche, à un point tel que vingt-deux jours après le malade pouvait distinguer de grands objets. Douze autres jours après, il reconnaissait les couleurs. Enfin, un mois et demi après la guérison paraissait complète. Une rechute, qui a eu lieu huit mois après, a cédé en un mois au même traitement : sangsues, frictions hydrargyriques et belladonées, sublimé à l'intérieur. — Dans le deuxième cas, double amaurose plus avancée à droite, exophthalmie de l'œil droit, exsudations plastiques sur la cristalloïde antérieure du dernier organe, avec synéchie postérieure partielle, conjonctivite double, chez un jeune homme de vingt ans. Ces accidents dataient de six mois. Traitement : sangsues au fondement, pédiluves à l'eau de cendres, onguent napolitain belladoné de temps à autre, solution de bi-chlorure de mercure suivant la formule et les doses indiquées dans l'observation précédente, régime doux. Il y eut d'abord une grande amélioration, et le malade, à la fin du deuxième mois, lisait de l'œil droit des caractères très-fins et distinguait les objets à plus de vingt mètres de distance. La solution le dégoûtait et le fatiguait; elle fut remplacée par les pilules suivantes : bichlorure de mercure, 0,15; extrait gommeux thébaïque, 0,10; poudre de guimauve, 2 gr.; sirop de gomme, q. s. pour 30 pilules; une chaque soir; en cas de tolérance, en prendre, en outre, une le matin. Le malade continua les pédiluves et les onctions mercurielles; lotions d'eau froide, plusieurs fois par jour, sur le front et sur les tempes. Un mois après, la vue avait repris une grande partie de sa portée et de sa puissance. (Frictions sur la région fronto-temporale avec un mélange d'alcoolat de mélisse et de baume de Fioraventi; onctions et vaporisations ammoniacales et éthérées.) Deux autres mois après, il ne restait plus de son affection que quelques dépôts sur la capsule antérieure droite, une synéchie postérieure partielle de ce côté, et quelques taches brunâtres fixes perçues au grand jour.—Dans le troisième fait, chez une femme de quarante ans, léger trouble de la vue à gauche, et cécité complète à droite, avec contraction des pupilles datant d'une semaine ; élancements douloureux, étincelles et mouches depuis une quinzaine de jours. Même traitement que dans le cas précédent. Un mois après, la vue s'était rétablie d'une manière incomplète. Dix-huit jours après, la malade pouvait se conduire de l'œil droit. L'électricité a assuré la cure. —Enfin, dans le quatrième cas, chez une femme de quarante-deux ans,

affectée d'une amaurose de l'œil droit depuis deux années, et de l'œil gauche depuis six mois, la solution de sublimé et la pommade ammoniacale furent les principaux moyens mis en œuvre. Après un traitement qui a duré près d'une année, la vue s'est rétablie assez pour permettre à la malade de se livrer à la couture. Le sublimé corrosif, dit M. Deval, me paraît donc indiqué lorsqu'un travail congestif, ordinairement ancien, a dû créer des produits plastiques ou autres dans les parties chargées de l'acte des perceptions visuelles. Il est enfin une réflexion de M. Deval, à laquelle nous donnons toute notre approbation : Je ne saurais, dit-il, assez insister sur la nécessité de s'écarter des pratiques de la routine dans le traitement des affections amaurotiques. De ce que le séton à la nuque, les vésicatoires promenés sur le front et quelques autres expédients banalement employés contre ces affections, n'ont pas réussi chez un malade, il ne faut pas en conclure que la science doive rester muette, et n'avoir plus qu'à confesser son impuissance. L'amaurose est, beaucoup plus souvent qu'on ne pense, dans les limites des ressources de notre art ; mais elle ne l'est qu'à une condition, c'est qu'on recherche scrupuleusement la forme à laquelle on a affaire, et chaque forme, envisagée eu égard à sa nature intime, à son point de départ, à ses causes, et réclame un traitement spécial. (*Union méd.*, septembre.)

---

**BLENNORRHAGIE** ( *Quelques expériences relatives au traitement de la*). On sait combien les médecins sont encore partagés sur le traitement de la blennorrhagie. Faut-il avoir recours dès l'abord aux injections astringentes, ou au baume de copahu et au cubèbe ? Le traitement antiphlogistique doit-il occuper une grande place dans la thérapeutique de cette affection, ou ne doit-il être réservé que pour combattre certaines complications? Ou bien, en supposant que ces divers moyens doivent être conservés dans ce traitement, à quelle époque convient-il d'employer plutôt les uns que les autres? Telles sont les principales questions que soulève la thérapeutique de la blennorrhagie. Les quelques expériences qui ont été faites dans ces derniers temps par M. Bultynck, médecin de l'armée belge, n'éclairent pas, à beaucoup près, toutes ces questions, mais elles n'en présentent pas moins un certain intérêt, surtout parce qu'elles montrent que le traitement antiphlogistique n'est pas aussi indispensable que le pensent beaucoup de personnes. Quant à la supériorité que M. Bultynck reconnaît aux injections astringentes sur l'emploi du baume de copahu, nous avouons ne pas être entièrement convaincu, et nous avons vu trop souvent récidiver avec la plus grande facilité des blennorrhagies prétendues guéries par les injections, pour que nous puissions adhérer à cette exclusion absolue du copahu. N'y aurait-il pas, du reste, un moyen de s'expliquer cette supériorité accordée par M. Bultynck aux injections astringentes? M. Bultynck n'aurait-il pas eu affaire à des blennorrhagies d'une acuité médiocre ou déjà arrivées à cette période plutôt catarrhale qu'inflammatoire, où les injections astringentes réussissent si merveilleusement? Quoi qu'il en soit, voici le résumé des expériences de M. Bultynck :

Ce médecin a eu à traiter, du 1er avril au 11 juillet dernier, à l'hôpital militaire d'Anvers, 45 malades affectés de blennorrhagie. Ces malades ont été partagés en trois groupes, nous répétons les propres paroles de l'auteur, au hasard et sans prendre en considération ni la nature, ni l'ancienneté de la maladie. Des 45 malades, 13 ont été traités par les injections, 17 par le copahu, et les 15 autres ont été traités par la médication expectative pure, c'est-à-dire que soumis au même régime alimentaire que les 30 autres, et sans autre prescription que la tisane commune de l'hôpital, sans même être astreints au séjour au lit, ils ont été abandonnés, en quelque sorte, aux efforts de la nature. Or, de ces 15 malades, veut-on le savoir, et ce n'est pas là le résultat le moins curieux, 12 ont guéri dans une moyenne de 25 jours ( maximum 41, minimum 9 ); les trois autres n'étaient pas guéris après 12, 27 et 51 jours, et le premier fut atteint d'orchite, de sorte que chez lui le traitement des deux maladies fut de 35 jours. Mettons en regard de ces résultats du traitement expectant, ceux du copahu et des injections astringentes. Des 17 hommes auxquels on a administré le co-

pahu, à la dose de 10 grammes par jour, prise en une fois, 14 ont guéri, en moyenne en 23 jours (maximum 60, minimum 6); l'un de ces malades a été pris d'orchite; mais cette complication lui était survenue dans le cours de deux blennorrhagies différentes. Enfin, des 13 hommes traités par les injections de sulfate de zinc (sulfate de zinc, 2 grammes; laudanum, 1; eau, 200; une seule injection par jour), 12 ont guéri en 17 jours et demi, en moyenne (maximum 25, minimum 10).

Quoique les déductions que M. Bultynck a tirées de ces expériences ne nous paraissent pas basées sur un nombre de faits suffisant, et surtout suffisamment comparables, nous croyons devoir les reproduire : 1° le traitement antiphlogistique, dit ce médecin, n'est nullement nécessaire pour mener à bonne fin la presque totalité des affections gonnorrhéiques ; 2° un régime convenable est à lui seul suffisant pour tarir la plupart des écoulements urétraux, mais une médication active diminue la durée de la maladie; 3° les injections astringentes, ainsi que la médication spécifique, employées au début de la maladie, ne l'exaspèrent nullement; au contraire, elles en activent la résolution; 4° le traitement par les injections astringentes est le plus expéditif, le plus commode et le moins coûteux. Reste à savoir s'il n'expose pas plus que les autres modes de traitement aux accidents consécutifs, et en particulier au rétrécissement du canal de l'urètre. (*Arch. belges de méd. militaire* et *Revue méd.-chir*. Septembre.)

**CROUP** (*Emploi de l'air chaud et humide dans le traitement du*). C'est une remarque qui a été faite depuis longues années que l'influence défavorable du froid sur la marche du croup, et de là le précepte que l'on trouve dans tous les auteurs de placer les petits malades dans une chambre bien chauffée, dans laquelle quelques personnes avaient même proposé de maintenir de l'eau bouillante en évaporation continuelle. C'est ce moyen, associé à l'émétique, qui a donné à un médecin anglais, M. W. Budd, des succès inespérés, car, sur dix malades, il n'en aurait perdu que deux, et encore leur affection était-elle parvenue à un degré à peu près irremédiable. Voici comment M. Budd a procédé dans tous ces cas : l'enfant malade était couché dans un lit fermé de tous côtés au moyen de rideaux superposés; dans l'enceinte fermée ainsi par ce rideau, on plaçait une grande terrine remplie simplement d'eau bouillante, et dans cette eau bouillante on plongeait seulement de temps en temps une brique chaude afin de dégager des nuages de vapeur. Par ce moyen on maintenait l'air qui entourait le lit à une température de 30 à 35° centigrades et chargé d'humidité. L'émétique était administré de temps en temps, toutes les fois que la respiration s'embarrassait davantage, non pas dans le but de produire une action antiphlogistique, mais bien pour provoquer, par les succussions mécaniques du vomissement, le détachement des fausses membranes.—Nous avons sous les yeux deux faits rapportés par M. Budd; le premier surtout est fort remarquable, parce qu'on avait épuisé sans profit divers moyens, tels que le tartre stibié, l'application de deux sangsues derrière les mâchoires, le bicarbonate de potasse et la cautérisation du fond de la gorge avec une solution saturée de nitrate d'argent, et que l'enfant, âgé de deux ans et demi, était mourant lorsque le médecin le fit placer dans l'air chaud et humide. Au bout de deux heures l'amélioration était déjà très-marquée, respiration plus facile et moins stridente, lividité de la face moins marquée; plusieurs heures de sommeil la nuit suivante. L'émétique fut administré deux ou trois fois, et chaque fois le vomissement était accompagné de l'expulsion de fausses membranes. Le lendemain, les symptômes les plus alarmants avaient disparu; respiration de plus en plus libre, pas de lividité; 28 inspirations par minute, pouls à 98, toux plus muqueuse et ne présentant plus son caractère croupal. Le soir de ce même jour, le petit malade était assez bien pour se tenir sur son lit. A partir de ce moment, il marcha rapidement vers la guérison. (*Med. Times* et *Union méd.*, septembre.)

**HERNIE ÉTRANGLÉE** (*Nouveau mode de réduction de la*). Voici un mode de réduction de la hernie étranglée, vulgairement connu et employé dans l'Inde, et qui serait très-certainement susceptible de

rendre des services dans quelques cas. Ce mode de réduction est décrit dans les termes suivants par un chirurgien anglais, M. Th. Wise : « Pendant que j'étais chirurgien d'un hôpital dans l'Inde, on m'apporta un jeune homme affecté d'une hernie inguinale étranglée. Après avoir essayé sans succès les moyens ordinaires de réduction, je me disposais à faire l'opération, lorsqu'un musulman me suggéra l'idée d'employer le procédé de réduction suivant, très-usité dans le pays : le malade fut placé sur une table ; une très-longue serviette, pliée en plusieurs doubles, fut serrée assez fortement sur la partie inférieure de l'abdomen, et les deux chefs, ramenés en avant, furent croisés et ramenés sur les côtés, de manière à permettre à deux aides, placés l'un d'un côté et l'autre de l'autre, d'exercer une traction douce, au moyen de laquelle ils refoulaient en haut, avec cette espèce de ceinture, les viscères abdominaux. Un troisième aide tenait les pieds du malade, afin de ne pas lui permettre de céder aux tractions. Moi-même je pratiquai le taxis en même temps. Comme l'intestin, situé immédiatement au-dessus de la portion étranglée, était superficiel et distendu par des gaz, il fut refoulé en haut et il entraîna avec lui l'anse intestinale herniée. La réduction fut immédiate. » — On voit que ce procédé se rapproche beaucoup de l'emploi des grandes ventouses, qui ont été recommandées dans des cas analogues; mais, comme celui-ci, il ne saurait convenir que dans les cas dans lesquels l'étranglement est récent et n'a pas encore donné lieu à des phénomènes inflammatoires dans le sac et surtout vers la cavité abdominale. Ajoutons que ce refoulement des anses intestinales devrait toujours être opéré avec une certaine douceur, dans la crainte de déchirer l'anse intestinale herniée et d'augmenter les douleurs du malade. Peut-être le sommeil chloroformique viendrait-il beaucoup en aide à l'emploi d'un pareil moyen. (*Monthly Journal of med.*, 1852.)

---

**SCARLATINE** (*Dangers de l'air froid dans la convalescence de la*). Nous l'avons souvent répété, la thérapeutique n'est pas tout entière dans les moyens médicaux et chirurgicaux; elle est aussi dans les moyens diététiques, dans les précautions de tout genre que l'on fait prendre aux malades pour prévenir certains accidents ou certaines complications. Parmi les maladies dont la direction impose la plus grande responsabilité au médecin, se place certainement la scarlatine. De toutes les maladies exanthématiques, elle est, en effet, la plus décevante : souvent bénigne et légère, elle a, dans d'autres circonstances, une violence et une gravité excessives. Il peut arriver aussi que, simple et légère à son début, elle amène soudainement la mort au milieu d'accidents cérébraux ou par le développement d'une hydropisie générale. Mais c'est surtout dans la convalescence, alors que tout péril semble écarté, que le médecin doit redoubler de prudence, avertir les parents du malade et les tenir en garde contre les apparences trompeuses d'une guérison encore mal assurée. L'action du froid est à craindre principalement, et l'on a vu des personnes, arrivées sans encombre à la période de desquamation, être prises, pour une imprudente exposition au froid, des accidents les plus graves et succomber dans un temps très-court. M. Garin, de Lyon, en rapportant un fait semblable, observé chez un jeune enfant, et suivi de mort en quelques jours, a insisté d'une manière toute spéciale sur les précautions que réclament les malades parvenus à cette période de la scarlatine. Témoin de faits du même genre, nous nous joignons à M. Garin pour recommander aux médecins les plus grandes précautions dans ces circonstances. (*Gaz. méd. de Lyon*, 1852.)

---

**TEIGNE FAVEUSE** (*Emploi de l'épilation graduelle dans le traitement de la*). Une chose assez curieuse, et qui serait peut-être de nature à jeter du discrédit sur les traitements les plus usités et les plus recommandés contre la teigne faveuse, c'est la tendance des médecins de nos jours à revenir, d'une manière plus ou moins détournée, à cet affreux traitement *par la calote*, dont le souvenir est resté comme une trace de barbarie. C'est que, quoi qu'on en dise, la dépilation est une condition très-favorable à l'action des médicaments, et, par conséquent, à la guérison. Le traitement qui vient d'être recommandé par M. Henriette a pour but,

en réalité, l'arrachement et la chute des cheveux; seulement ce médecin substitue à l'épilation générale, opérée d'un seul coup, l'épilation graduelle, évidemment moins douloureuse et plus rationnelle, puisque le médecin se rend compte de ce qu'il fait. Voici comment M. Henriette décrit son traitement :

Après s'être assuré qu'il n'existe aucune contre-indication de guérir, et avoir soumis les enfants à un régime tonique, on fait tomber les croûtes du favus à l'aide de cataplasmes émollients, et on coupe les cheveux avec des ciseaux. Puis, pendant quatre ou cinq jours, la tête est lavée, deux fois par jour, avec une solution de sous-carbonate de potasse dans de l'eau, dans la proportion de 4 grammes pour 500 grammes d'eau. On applique ensuite tous les jours, sur différents points de la tête, là où siége le favus, deux ou trois bandelettes, larges de 2 ou 3 centimètres, longues de 8 ou 10, et recouvertes d'une couche légère de la préparation suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Pr. | Poix noire. . . . . | 192 grammes. |
| | Cire jaune . . . . . | 32 grammes. |
| | Théréb. de Bordeaux. | 32 grammes. |

Le tout exposé à un feu doux, jusqu'à fusion complète, on étend une couche d'une ligne d'épaisseur, avec une spatule, sur chaque bandelette de toile, en ayant soin de laisser une des extrémités libre, afin qu'en les enlevant le lendemain, on ne se couvre pas les doigts de poix. Après douze ou vingt-quatre heures, on les enlève d'un trait et rapidement. Le cuir chevelu apparaît alors dépouillé de la plus grande partie des cheveux ; s'il en reste, on réapplique de nouvelles bandelettes, jusqu'à ce qu'on arrive à une dépilation complète. La douleur est, pour ainsi dire, nulle pour la première fois; elle le devient d'autant moins, qu'il reste peu de cheveux. Chez les enfants très-timorés, on ajoute au mélange une certaine proportion d'huile de lin : selon la quantité qu'on en ajoute, on diminue les propriétés adhésives de l'emplâtre ; tandis que chez les enfants qui ne sont pas craintifs, en diminuant la quantité de térébenthine, ou en augmentant la dose de poix, on peut donner à l'emplâtre une puissance adhésive si grande, qu'il ne laisse plus un cheveu sur le point de la tête où il aura été appliqué. Quoi qu'il en soit, c'est ce but qu'il faut atteindre, en multipliant suffisamment les applications des bandelettes. M. Henriette dit cependant n'avoir pas eu besoin d'y recourir plus de quatre fois, et que huit ou dix jours suffisent pour donner au cuir chevelu un aspect aussi lisse que la paume de la main. Ce résultat obtenu, on fait faire tous les jours des frictions avec l'huile de cade et des lotions avec la solution alcaline au sous-carbonate de potasse. S'il se reproduit, comme cela arrive, en même temps que les cheveux grandissent, quelque godet faveux, à l'aide d'une pince à ligature on épile le cheveu qui le traverse. Lorsque le favus est disséminé, M. Henriette n'applique les bandelettes que sur les plaques malades. Ce médecin signale encore quelques précautions à prendre dans ce traitement : la première, d'attendre quelques jours après la chute des croûtes, pour l'application des bandelettes, afin de permettre au cuir chevelu de se raffermir; la deuxième, de distancer les bandelettes, la douleur étant plus vive lorsqu'elles sont rapprochées; la troisième, lorsqu'on procède à l'enlèvement des bandelettes, de le faire toujours dans une direction opposée à celle que suivent les cheveux, et rapidement, en ayant soin de maintenir la peau avec la main restée libre pour l'empêcher de suivre le mouvement de l'emplâtre. (*Journal de méd. chir. et pharm. belge*, 1852.)

---

**TRANSFUSION DU SANG** (*Valeur et indications de la*). La question de la transfusion du sang a été, en quelque sorte, ranimée et mise à l'ordre du jour par la publication de quelques faits de succès, dans des cas presque désespérés. Néanmoins, on ne saurait en disconvenir, l'opinion générale des médecins est peu favorable à cette opération. Les dangers que présente, on le suppose du moins, la pénétration dans le torrent circulatoire du sang emprunté à un autre individu, les difficultés, pour ainsi dire matérielles, que comporte cette introduction, et les précautions dont il est nécessaire de l'entourer, la crainte enfin d'introduire dans le sang une certaine quantité d'air, telles sont, avec le défaut de renseignements précis sur la valeur réelle du moyen et sur les indications qu'il peut être appelé à remplir, les principales causes qui ont empêché jusqu'ici la transfusion

du sang de prendre une place sérieuse et importante dans la thérapeutique.

Dans un mémoire qu'il vient de publier sur ce point, M. Polli, dont tout le monde connaît les recherches importantes sur le sang, s'est proposé un double but : réduire l'opération à la plus grande simplicité possible, tout en démontrant son innocuité; en préciser les indications et la valeur. Si les expériences de M. Polli sont fondées, elles auront pour résultat de faire disparaître la plus grande difficulté de la transfusion. On sait, en effet, avec quelle facilité la fibrine du sang se coagule, et de quelles précautions il faut s'entourer pour que la coagulation n'empêche pas la pénétration du liquide dans le torrent circulatoire. Pour M. Polli, cette difficulté n'existe pas : il croit avoir démontré, par ses expériences, que le sang ne perd nullement sa faculté ranimatrice, par cela qu'il est dépouillé de sa fibrine. Mais, ce qui est plus curieux encore, c'est que le sang ne perdrait même pas cette faculté lorsqu'il a été défibriné, exposé à l'air pendant plusieurs heures, passé à travers une chausse, agité et battu avec l'air. Cette dernière circonstance, loin d'être une condition fâcheuse, par la crainte de faire pénétrer dans le cœur quelques bulles d'air, serait, au contraire, favorable, parce que le sang, ainsi battu avec l'air, possède des propriétés plus fortement ranimatrices.

On comprend combien de pareils résultats doivent être acceptés avec réserve. Les faits rapportés par M. Polli, recueillis par lui sur les animaux, sont favorables à l'opinion qu'il défend. Qui sait s'il en serait de même chez l'homme! Ajoutons, cependant, qu'à trois reprises différentes M. Polli a injecté chez l'homme du sang défribiné par le battage, et même dans deux cas du sang passé à travers un filtre, sans qu'il en soit résulté aucun accident.

Quant à la valeur de la transfusion du sang considérée en elle-même, il ne saurait y avoir aucun doute, d'après M. Polli. Les expériences sur les animaux, dans lesquelles on voit des animaux, laissés pour morts à la suite d'hémorrhagies, se réveiller de leur syncope et se rétablir presque comme par enchantement, les faits authentiques qu'il a rassemblés dans les divers recueils, paraissent on ne peut plus favorables à la transfusion. Aussi M. Polli a-t-il conclu que la tranfusion convient dans les cas dans lesquels la vie de l'individu se trouve mise en grand péril par une perte de sang très-abondante ou très-rapide, comme cela a lieu chez les femmes en couches et dans les cas de blessure artérielle. Les femmes en couches paraissent offrir les conditions les plus favorables, puisqu'on ne compte pas moins aujourd'hui de 11 exemples de succès dans des cas de ce genre.

Ce ne sont pas, d'après M. Polli, les seuls cas dans lesquels on puisse tenter la transfusion. L'hémorrhaphylie, ou diathèse hémorrhagique pourrait encore demander à la transfusion une précieuse ressource; on compte, en effet, trois succès dans cette terrible affection. Mais, ce qui est plus contestable, c'est ce que dit M. Polli de l'emploi possible de la transfusion dans les cas d'épuisement et d'amaigrissement dépendant d'un défaut ou d'une suspension de la nutrition, dans les cachexies ou les dyscrasies, telles que la chlorose, le rachitisme et la scrofule (l'auteur l'a pratiquée dans un cas de chlorose), dans les asphyxies, et dans toutes les morts apparentes, comme moyen énergique de revivification des mouvements du cœur et des muscles, enfin, dans certains cas d'aliénation mentale ou de folies, non liées à des altérations organiques évidentes de l'appareil cérébro-spinal ou de tout autre organe, comme l'ont fait autrefois les anciens transfuseurs, et plus récemment, Schneider et Hufeland. (*Annali di med.*, 1852.)

---

**ZINC** (*Oxyde de*). *Coup d'œil sur son action physiologique.* Malgré l'emploi assez fréquent de ce sel en médecine, les traités spéciaux de thérapeutique restent muets sur son action physiologique; à ce titre, le Mémoire de M. Michaels vient combler une lacune : le prix qui lui a été décerné par la Faculté de Tubinge témoigne d'ailleurs de sa valeur. Voici les données importantes que nous y avons rencontrées. L'auteur s'attache d'abord à rechercher le zinc dans les produits de sécrétion; à cet effet il a institué de nombreuses expériences sur les animaux, et il a retrouvé le métal dans le foie, la

bile, le sang, l'urine, quelquefois dans les reins, le poumon, le cerveau, le cœur, la rate. Il résulte de ces expériences que l'oxyde de zinc, quoique insoluble dans l'eau, est absorbé, ce qui s'explique par la présence dans l'estomac de l'acide lactique ou de l'acide chlorhydrique. Le métal apparaît dans la bile avant de se montrer dans l'urine. L'oxyde de zinc s'obtient ou par voie humide, ou par voie sèche. M. Michaels a essayé sur lui même le sel préparé de deux manières. Il prit d'abord 10 centigrammes de la première préparation, sans effet marqué; la dose portée à 15 centigrammes produisit une pression sur l'épigastre; une dose de 20 centigrammes par jour fit naître d'abord un sentiment analogue à la faim, puis provoqua du malaise, des nausées, de la constipation; le jour suivant, céphalalgie et vomissements bilieux. L'oxyde préparé par la voie sèche put être pris à plus forte dose, sans effet marqué. De fortes doses administrées aux animaux ont produit des érosions et des ulcérations de la muqueuse stomacale, qui ne sont pas d'une grande importance, puisqu'elles peuvent guérir même en continuant l'usage du médicament; mais, d'un autre côté, elles peuvent passer à l'état chronique. Le reste du tube alimentaire est moins impressionnable, parce que l'oxyde de zinc n'y parvient qu'à l'état d'albuminate. — Les altérations rencontrées dans les organes respiratoires consistent dans des granulations analogues aux tubercules miliaires. — L'emploi longtemps prolongé des doses moyennes finit par enrayer la nutrition et par produire l'anémie et le marasme; le sang renferme une quantité de fibrine évidemment inférieure à l'état normal. Ainsi la quantité moyenne de fibrine dans le sang des chiens a été trouvée par l'auteur de 1,92 sur 1,000, tandis qu'après l'emploi du sel de zinc cette quantité se trouvait réduite à 0,99.

Dans aucune de ses expériences M. Michaels n'a pu rencontrer un mode d'action que l'on puisse regarder comme spécifique. Pour lui, l'oxyde de zinc tient le milieu entre les poisons métalliques héroïques et ceux qui n'exercent qu'une faible influence sur l'économie; les altérations qu'il détermine se développent lentement et peuvent se guérir. Il se lie étroitement à la classe des altérants, en ce sens du moins qu'il enlève aux liquides nourriciers une partie de leur plasticité. Aussi, lorsque des crampes se sont manifestées pendant l'usage de ce médicament, l'auteur les attribue au marasme plutôt qu'à une action particulière du sel sur le système nerveux.

L'auteur termine par quelques remarques sur le mode d'administration des fleurs de zinc; il fait remarquer que, comme oxyde, c'est un médicament trompeur, parce qu'on ignore ce qui entrera en combinaison avec l'acide des voies digestives. Il vaudrait mieux, suivant lui, prescrire l'acétate ou le lactate. Cependant, si l'on persiste à employer l'oxyde, ajoute-t-il, il faut donner la préférence à celui préparé par voie humide. De plus, il est important, quand on veut avoir une action plus prononcée, de donner plus fréquemment de petites doses plutôt que d'en augmenter la quantité, afin d'éviter ainsi les actions locales. Le régime lacté est favorable, à cause de la production de l'acide lactique qui favorise la dissolution du médicament. Enfin, la magnésie, que l'on ajoute presque toujours à l'oxyde de zinc, doit être entièrement supprimée, parce qu'elle s'empare des acides de l'estomac et retarde l'absorption du médicament, si même elle ne l'empêche pas tout à fait. (*Arch. fur. phy. Heilk.* et *Gaz. méd.* Septembre 1852.)

## VARIÉTÉS.

Nous avons la douleur d'apprendre à nos lecteurs la mort de M. Reveillé-Parise, membre de l'Académie nationale de médecine, et le plus ancien collaborateur du *Bulletin de Thérapeutique*. Lors de la création de ce Journal, M. Reveillé-Parise comprit de suite l'influence réservée au *Bulletin* sur la direction de la pratique médicale, et voulut concourir avec nous à lui faire atteindre le but élevé que nous poursuivions. La critique des doctrines exclu-

sives, celle des abus généraux, la défense des intérêts professionnels, tels furent les principaux sujets qu'il aimait à traiter, et les articles sur les dernières entraves du physiologisme, que nous venons de publier, justifient cette prédilection. Ses articles sur la médecine morale, sur la solidarité des questions médicales et des questions sociales, sur l'assistance publique dans les campagnes, etc., sont encore présents à la mémoire de tous nos lecteurs, et témoignent de sa collaboration active; mais M. Reveillé-Parise ne nous aidait pas seulement de ses travaux, mais encore de ses conseils et de ses témoignages de sympathie. M. Jules Guérin, dont Reveillé-Parise était également l'ami et le collaborateur, a prononcé sur sa tombe, au nom de la presse médicale, une allocution dictée par le cœur, et qui retrace fidèlement les divers genres de mérite qui ont élevé si haut ce digne Reveillé-Parise dans l'estime et l'attachement de tous ceux qui ont eu le bonheur de le connaître. Nous sommes heureux de pouvoir mettre ce discours sous les yeux de nos lecteurs :

« Les amis qui accompagnent Reveillé-Parise jusqu'à sa dernière demeure ne se lasseront point d'entendre ceux qui l'ont vu le plus, qui l'ont le plus aimé. Reveillé-Parise a collaboré durant sa longue carrière à plusieurs recueils médicaux. Mais il en est un qu'il affectionnait plus particulièrement, qu'il regardait plus spécialement comme sien, que pendant plus de vingt années il a enrichi des précieux produits de sa plume spirituelle et savante. Qu'il me soit permis, à moi qui ai eu le bonheur de le connaître autant comme ami que comme collaborateur de ce journal, de vous dire quelques mots de ses travaux, de son talent, des rares qualités de son cœur et de son caractère.

« Quoique collaborateur assidu de plusieurs journaux, Reveillé-Parise n'était point un homme de presse proprement dit. Il aimait à voir figurer ses écrits parmi les éphémérides de la science, parmi les improvisations de de chaque jour ; mais ce n'était point comme soldat de cette milice avancée, dont la mission est de signaler le progrès dès qu'il se manifeste, ou de combattre l'erreur dès qu'elle fait mine de vouloir pénétrer dans la science. S'occupant moins des hommes que des idées, il aimait à se mêler au mouvement des unes sans s'exposer au froissement des autres. Ou bien, s'il acceptait la périlleuse mission de rendre compte des travaux contemporains, il s'occupait surtout de l'œuvre et très-peu de l'ouvrier. Ainsi vous l'avez tous remarqué, durant sa longue collaboration à tous nos recueils, il s'est soigneusement renfermé dans l'exposition des doctrines, dans la peinture des mœurs médicales, dans la défense des intérêts professionnels, dans la critique des abus généraux ; ne touchant pour ainsi dire aux personnes que quand elles n'étaient plus de ce monde, que quand elles ne pouvaient plus s'émouvoir de ses critiques ou lire l'éloge qu'il leur consacrait.

« Reveillé-Parise n'improvisait pas, mais il travaillait sans cesse. Ainsi qu'il convient à la spécialité de ses écrits, c'était un homme d'observation plus que d'imagination : non qu'il ne réunît à une conception élevée et à un esprit étendu une grande fécondité d'aperçus; mais ces qualités, il les tempérait par une raison calme et un caractère sérieux. Chacun de ses ouvrages l'atteste. Son *Traité d'hygiène des gens livrés aux travaux de l'esprit* est le produit le plus heureux de cette réunion de qualités. Dans cet ouvrage, où la perfection du style le dispute à la finesse d'observation, l'auteur envisage l'homme de cabinet dans ce qu'il a de plus caractérisé : c'est l'esprit qui fonctionne au détriment et presque à l'exclusion des autres fonctions, avec excès, avec abus. Reveillé-Parise s'empare de cette idée, il la creuse, l'analyse dans ses moindres détails, l'étudie à tous ses points de vue, l'enrichit de mille observations puisées dans sa longue fréquentation des hommes de plume, et dans sa plus longue et plus féconde fréquentation de lui-même. Il fait un livre où tout s'enchaîne, où les principes partent d'une idée juste et féconde, et où les règles sont rigoureusement empreintes de la justesse des principes. Cet ouvrage, que chacun de nous possède, restera comme un modèle du genre, et aussi comme la plus fidèle expression de l'intelligence, du savoir et du talent de l'auteur.

« Ce n'est pas le lieu de rappeler tous les écrits de notre regrettable ami; son édition de Guy-Patin, où les trésors de l'érudition sont fondus sur la palette de l'écrivain, et où la malice contenue de l'éditeur a quelquefois aimé à se faire jour sous les allures plus vives de la verve mor-

dante de l'original ; ses *Galeries* et *Portraits*, où nous avons revu nos contemporains, nos collègues, nos amis relevés avec finesse dans ce qu'ils offraient de distinction et de talent, et toujours amoindris avec art dans ce qu'ils avaient de faiblesse ou de défauts ; et cette quantité innombrable d'articles consacrés à la peinture de nos mœurs, à la défense de nos droits et à la glorification de notre profession. Tous ces écrits, où brillent à un si haut degré la perfection du style, les trésors d'une lecture savante incorporés dans les produits d'une observation patiente et fine, sont encore plus remarquables par les dons du cœur et du caractère de l'homme que par les rares qualités de l'écrivain. Tous ceux qui ont eu le bonheur de voir notre ami, non pas à l'œuvre, mais avant l'œuvre, savent quelles étaient la noblesse, l'élévation, la sûreté et la moralité de l'ouvrier. Plein d'abnégation pour lui-même et de dévouement pour les intérêts de tous, on peut dire qu'il n'a eu dans sa longue carrière qu'un orgueil et qu'une haine : l'orgueil du corps médical et la haine du charlatanisme. Ces deux sentiments planent sur tous ses écrits, comme ils ont été la préoccupation de sa vie entière.

« Vous tous, messieurs, les amis de Reveillé-Parise, vous n'avez pas besoin que je vous dise quelles étaient ses qualités privées : chacun de vous a dans son cœur et dans ses souvenirs un portrait fidèle de cet homme excellent parmi les excellents, de cet ami si plein d'indulgence et de bonté, de ce cœur si simple et si parfait, de cet homme enfin qui a touché à tous les hommes, à toutes les doctrines, à toutes les idées, à toutes les préoccupations du temps, qui a brillé parmi nous d'un talent rare et non contesté, et qui néanmoins s'est endormi du sommeil du sage sans avoir connu un ennemi. Heureuse quoique modeste destinée ! Heureux souvenir, messieurs, qui tempère la douleur d'une perte cruelle et à jamais irréparable! »

---

L'abaissement de la température, que nous avons éprouvé en ces derniers jours, paraît avoir arrêté la marche du choléra en Prusse, et les craintes qu'on éprouvait à l'égard de Berlin commencent à se dissiper. Cette opinion est confirmée par un rapport officiel sur les progrès du choléra ; car, d'après ce rapport, il ne s'est pas propagé dans la Marche de Brandebourg, où il n'y a eu que quelques cas de maladies isolés. Les nouvelles de la province de Posen et de la Prusse occidentale commencent à être plus rassurantes à ce sujet.

Ces rassurantes espérances ne paraissent pas s'être entièrement confirmées ; car les nouvelles de Berlin, en date du 28, portent ce qui suit : « Avant-hier, à midi, on comptait, à Berlin, 71 cas de choléra ; le 29, jusqu'à midi, 3 nouveaux cas : ainsi, 74 en tout. Il y a eu 41 décès, 14 guérisons ; 19 personnes sont encore en traitement.

---

La Faculté de médecine vient de faire une grande perte. M. Ad. Richard, qui remplissait avec une si grande distinction la place de professeur de botanique et d'histoire naturelle médicales, vient de succomber, à l'âge de cinquante-un ans, à une maladie qui avait mis plusieurs fois ses jours en danger. M. Richard était membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. La clarté et l'élégance de sa parole avaient su attirer la foule des élèves à ses cours. Sa mort prématurée laisse un grand vide dans l'enseignement de la Faculté.

---

La discussion sur la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis a été close mardi dernier. L'Académie de médecine, sur la demande de M. le professeur Bouillaud, a décidé la nomination d'une Commission chargée de lui présenter un rapport sur cette importante question.

---

*Le rédacteur en chef*, E. DEBOUT.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

## DE L'INFLUENCE DES DOCTRINES SUR LA PRATIQUE.

*Discours d'ouverture du cours de clinique interne.* (Novembre 1852.)

« Antequam de remediis statuatur, primùm
« constare oportet quis morbus est. »
(BAILLOU.)

Ce sont les doctrines qui régissent la pratique, et toujours, quoi qu'ils en disent, les praticiens agiront d'après les idées qu'ils se formeront de ce qu'on appelle la *nature* des maladies. Le mobile de ces déterminations peut être positif ou négatif : ainsi, l'école physiologique abusait des débilitants, parce qu'elle voyait partout la phlegmasie ; les modernes prodiguent les stimulants, parce qu'ils ne croient plus à l'inflammation : il est clair que, de part et d'autre, il y a système.

Exposer les systèmes et les doctrines, c'est donc, en réalité, poser les éléments généraux du diagnostic, et, subsidiairement, établir les bases générales de la thérapeutique.

Il n'existe, en réalité, que deux doctrines générales : 1° le *rationalisme*, ou dogmatisme, comprenant tous les systèmes basés sur un raisonnement, une induction, une théorie ; 2° l'*empirisme*, qui ne veut voir que le fait brut, sauf à en déduire la cause ou le mécanisme.

Ce n'est que par condescendance pour les idées reçues que nous admettons une troisième doctrine, l'*éclectisme*, qui, en effet, n'est pas, à vrai dire, une doctrine, puisqu'il résulte uniquement du mélange des deux autres doctrines ou de leurs dépendances : l'éclectiste, au moment où il se prononce sur un fait donné, est, actuellement, rationaliste ou empirique, selon l'occurrence ; seulement, il se réserve d'être l'un ou l'autre, à son gré.

Ces trois doctrines se subdivisent en plusieurs autres qui en découlent, comme l'espèce dérive du genre.

Le rationalisme comprend : 1° le *vitalisme*, lequel suppose l'existence d'un principe abstrait, inhérent à l'économie, mais isolé de la matière, indépendant de la structure des organes qu'il tient, au contraire, sous sa dépendance ; principe dont les écarts constitueraient la maladie ; 2° l'*organicisme*, qui rapporte les maladies aux altérations des éléments matériels qui entrent dans la composition de l'économie, que ces éléments soient solides, liquides ou même impondérables.

Les deux éléments du rationalisme se subdivisent eux-mêmes en plusieurs systèmes secondaires. Ainsi le vitalisme comprend : 1° le système du *principe vital*, puissance idéale qui régirait l'organisme ; 2° le

*naturisme*, qui fait de la nature un être intelligent, lequel gouverne les êtres vivants avec sagesse et bienveillance; 3° le *dynamisme*, qui admet dans les corps vivants certaines forces abstraites dont les altérations primitives produisent les maladies.

L'organicisme, de son côté, comprend : 1° ce que nous appelons le *pneumatisme*, c'est-à-dire certains principes réels ou supposés, mais matériels, bien qu'aériformes, impondérables, tels que le *pneuma* des anciens, le fluide nerveux, le calorique, l'électricité des modernes, principes dont les altérations primitives peuvent engendrer des maladies; 2° l'*humorisme*, ancien et moderne, qui fait dériver les maladies de l'altération primitive des humeurs, sang, lymphe, bile, etc.; 3° le *solidisme*, qui reconnaît les lésions primitives des solides comme les seules causes des maladies.

Le rationalisme avec ses subdivisions mériterait aussi bien le nom de *physiologisme ;* car le vitalisme et l'organicisme ont eu, dans tous les temps, la prétention de reposer sur les lois des corps vivants. C'est donc à tort qu'on a donné le nom de *doctrine physiologique* au système de Broussais, qui ne représente qu'un des aspects du physiologisme, l'irritation, laquelle, d'ailleurs, n'est que la transformation du *strictum* de Thémison, de l'irritabilité de Brown, du contro-stimulisme de Rasori, lesquels ne sont ni plus ni moins physiologiques que le principe vital de Stahl et de Barthez, le naturisme d'Hippocrate, le dynamisme italien, l'innervation de Cullen et de Lobstein, les quatre humeurs de Galien et le solidisme de Pinel ou de son école.

L'organicisme est exploité par les *physiciens* qui prétendent, comme Borelli, Boerhaave, les micrographes anciens et modernes, expliquer les maladies par les modifications mécaniques, hydrauliques, statiques des solides, des humeurs, des impondérables; puis par les *chimistes* qui, après Sylvius, Baumès et Fourcroy, se sont emparés spécialement des humeurs pour, de leurs analyses, déduire la pathogénie et la pharmaco-dynamie tout entière.

L'empirisme porte, ou sur l'interprétation des maladies dont il fait des entités, des êtres concrets, immuables; c'est ce que nous appelons l'empirisme *pathologique*, professé dans tous les temps, et qui fleurit de nos jours, comme conséquence réactionnelle des excès du dogmatisme : ou bien l'empirisme porte sur l'action des remèdes qu'il refuse d'interpréter, n'admettant que le résultat constaté par l'observation brute : c'est l'empirisme *thérapeutique*, lequel attribue à tel médicament la vertu de guérir telle maladie par le fait d'une action occulte, dite spécifique.

Quant à l'éclectisme, nous l'appelons *spéculatif*, alors qu'en pré-

sence d'un fait donné, l'observateur se décide, *par induction*, en faveur de telle ou telle doctrine : vitalisme, humorisme, solidisme, etc., suivant l'occurrence; nous l'appelons *positif*, alors que, faisant abstraction de toute hypothèse, l'observateur se résigne à ne voir que *ce qui est* : ainsi, en face d'une maladie, le praticien positif ne se demandera pas si le mal dérive du principe vital, des humeurs ou des solides; il tiendra compte, d'abord et purement, des lésions matérielles des liquides ou des solides qu'il pourra constater ; puis, des lésions fonctionnelles dépendantes ou isolées, sauf à théoriser ensuite, en tant qu'il pourra le faire sans préjudice pour le malade.

Ce sont les éternelles dissensions suscitées par les systèmes exclusifs qui ont donné lieu à l'éclectisme, et c'est l'éclectisme réformé, c'est-à-dire réduit à ses données positives, qui constitue le fondement de la doctrine des *éléments positifs* ou pratiques, que j'ai mainte fois exposée devant vous, et qui me paraît devoir servir de base essentielle à la thérapeutique.

La doctrine est donc l'âme du diagnostic et celle des indications, ainsi que l'exprime notre épigraphe empruntée à l'illustre Baillou, un des oracles les plus révérés des praticiens purs. Le diagnostic, il est vrai, a de tout temps été considéré comme la base essentielle de la thérapeutique; mais les rapports de ces deux termes ont été nécessairement interprétés diversement, suivant les idées régnantes.

Nous avons vu que, pour les vitalistes, le diagnostic consiste dans l'appréciation de l'état actuel des propriétés ou des forces vitales. A ce point de vue, l'indication thérapeutique se trouve singulièrement simplifiée, puisque, quel que soit l'organe affecté, quelle que soit la lésion de cet organe, il ne s'agit, en général, que de modérer, stimuler ou régulariser les forces exaltées, défaillantes ou perverties. Aussi le diagnostic est-il chose facile pour cette école, qui manifeste peu de goût pour les recherches matérielles, pour ce que nous appelons le diagnostic positif ; et la thérapeutique des vitalistes est d'une simplicité corrélative. On se demande pourtant s'il est possible d'adresser directement des médicaments aux forces vitales, et si ce n'est pas nécessairement par les modifications imprimées aux organes que les propriétés de ceux-ci se trouvent modifiées. Cette considération toute logique, fortifiée par les déceptions inhérentes au vitalisme pur, a conduit les esprits justes à tenir compte, au moins également, des lésions matérielles de l'économie. Cependant, lorsque celles-ci font défaut, lorsque les actes fonctionnels seuls paraissent lésés, force est bien de s'adresser à ces actes, au moyen des agents dont l'expérience a constaté l'efficacité, plutôt que de théoriser sur des lésions matérielles in-

saisissables, et dont la nature est inconnue. Voilà pourquoi, en médecine positiviste, l'élément vital ou fonctionnel doit être admis en fait, à titre d'élément nosographique et thérapeutique, sauf les réserves de la théorie. Exemples : de tous les éléments morbides fonctionnels, la douleur est le plus fréquent et le plus redoutable. Or, il est une foule de cas où la douleur se produit comme seul élément appréciable, témoin la grande classe des névroses et, plus spécialement, des névralgies. Eh bien! l'art possède des moyens puissants contre la douleur, ne serait-ce que l'opium et ses composés, le chloroforme, l'éther, etc. Telles sont les nécessités qui nous obligent à faire accueil à la doctrine du principe vital, ou mieux fonctionnel.

Le naturisme réclame non moins impérieusement sa place dans la pratique; car il est une foule de lésions à la solution desquelles la nature peut suffire : ce sont celles que nous sommes dans l'usage de traiter par ce qu'on appelle l'expectation. *Qui naturæ non obtemperat naturæ non imperat.*

L'empressement, très-naturel du reste, que nous mettons à combattre les maladies par des moyens plus ou moins actifs, nous laisse encore dans l'ignorance des ressources réelles de la nature, relativement à un grand nombre d'affections. Mais il est généralement admis que certaines maladies se résolvent très-bien d'elles-mêmes, lorsqu'on les laisse accomplir leurs évolutions, en se bornant à écarter les causes d'aggravation. Tels sont la plupart des exanthèmes fébriles : rougeole, variole, scarlatine, érysipèle même. Quelques praticiens reconnaissent qu'il en est ainsi des fièvres graves, du rhumatisme, de l'ictère simple, etc. Il y a cependant une remarque importante à faire au sujet de cette expectation prétendue ; c'est que cette méthode est, en réalité, moins négative qu'on ne le dit; car le repos, une température douce, la diète et les délayants qui la constituent, relèvent positivement de la méthode antiphlogistique, ainsi que nous avons soin de le faire observer. Quoi qu'il en soit, il est bien évident que l'expectation est essentiellement insuffisante dans une foule de cas où les méthodes plus actives sont impérieusement réclamées. Néanmoins, nous le répétons, le naturisme occupe de droit une place assez large dans la thérapeutique rationnelle.

Le dynamisme moderne est fondé sur la propriété positive qu'ont certains médicaments de modérer ou d'abattre les forces vitales. Les chimistes, il est vrai, se sont emparés des hyposthénisants pour les soumettre aux lois des affinités ; mais ces prétentions sont encore à l'état d'hypothèse. Toujours est-il qu'il existe des modificateurs qui ont la vertu de ralentir le pouls, de tempérer la chaleur, de briser les

forces musculaires, et, finalement, de résoudre certaines inflammations. Chose singulière ! ce sont, pour la plupart, des stimulants primitifs, directs, mais qui n'en sont pas moins des antiphlogistiques secondaires, indirects. Donc, force nous est de les admettre : mais il va sans dire que le dynamisme est une doctrine hasardeuse dans ses résultats, étroite dans ses conceptions, comme toutes les doctrines dichotomiques, et qui laisse en dehors d'elle une foule de faits réfractaires.

Passons à l'organicisme. La plus abstraite de ses manifestations, le pneumatisme, ou plus spécialement l'influx nerveux, l'électricité animale, peuvent aider à l'interprétation de certains phénomènes morbides, et servir de base à des indications positives démontrées particulièrement par les effets du galvanisme, appliqué avec succès au traitement de certaines maladies; on sait quelles sont les usurpations tentées par cet agent héroïque, dont, récemment, M. Duchenne a fait d'ingénieuses et heureuses applications. Quelles que soient les interprétations que cette doctrine et les moyens qu'elle emploie puissent recevoir, toujours est-il qu'elle réclame dès à présent sa place dans la thérapeutique générale, et spécialement dans celle des névroses ; mais les erreurs dans lesquelles sont tombés ceux qui ont tenté de faire dériver toutes les maladies des troubles de l'innervation, indiquent assez que cette doctrine ne peut exercer qu'une influence partielle dans le domaine de la pratique.

A l'humorisme revient aujourd'hui une part plus large et plus sérieuse qu'aux doctrines précédentes, dans l'interprétation des phénomènes morbides et dans l'art de les conjurer. Que l'humorisme doive, en grande partie, la considération dont il jouit naturellement, à la loi des réactions systématiques et à l'immense opposition soulevée par les abus récents du solidisme, c'est un fait qui ne peut détruire les droits réels de cette doctrine à son admission dans une pratique rationnelle et dégagée de toute préoccupation de secte et d'école. Pas n'est besoin ici de démontrer la réalité des lésions humorales. Cette réalité ressort aussi bien de l'observation directe que des déductions les plus rigoureuses de la physiologie pathologique. Ce qu'il importe, c'est surtout de vous prémunir contre les exagérations, les inductions prématurées, les pratiques hasardeuses, et par cela même dangereuses, dont est semée cette voie nouvelle où se précipite ardemment la science contemporaine ; c'est de ne pas permettre à l'humorisme spéculatif et passionné, d'envahir et d'absorber tous les autres systèmes.

Au point de vue pathologique, il est un axiome émané d'une source antique et non suspecte, qui nous a vivement impressionné par la profonde raison dont il nous paraît empreint : c'est Fernel, ce disciple

d'Hippocrate et de Galien, ce célèbre humoriste de la renaissance, le plus illustre de nos écrivains au seizième siècle ; c'est Fernel qui a dit : « Bien que les altérations des humeurs soient des états contre nature, « nous ne pouvons les considérer comme des maladies, tant qu'elles « n'affectent pas les organes ; il n'y a maladie que lorsque les altéra- « tions des humeurs entravent les fonctions. » Donc, le solidisme entre comme élément essentiel dans les maladies, même dans celles dont la source première existe dans les humeurs ; de même que, réciproquement, le solidisme implique l'humorisme par les altérations humorales qu'entraînent presque nécessairement les lésions primitives des solides.

L'humorisme a donc pris droit de domicile en pathologie, soit comme cause, soit comme effet ; mais il lui est interdit de confisquer à son profit tous les autres éléments de maladie. Pour donner un exemple des dangers de l'exclusivisme en ce genre, nous citerons une des maladies où les lésions humorales sont le plus généralement proclamées et acceptées aujourd'hui, la fièvre typhoïde. Vous n'ignorez pas que c'est dans le sang que la presque universalité des praticiens actuels place l'origine de cette affection, les uns la considérant comme le résultat de l'introduction d'un élément septique, les autres la faisant dériver d'une diminution de la fibrine du sang. Eh bien ! ceci posé, le traitement rationnel, tout-puissant de cette maladie, devrait reposer sur les moyens d'obvier à cette intoxication ou à ce défaut de fibrine ; et pourtant, voyez ce qui est résulté de l'emploi des désinfectants ; voyez ce qui résulterait du régime animal appliqué au traitement de la fièvre typhoïde ! Les humoristes les plus résolus n'oseraient articuler de tels préceptes, lesquels, pourtant, découlent naturellement et forcément de leur doctrine. Qu'est-ce à dire, si ce n'est que l'altération humorale n'est pas en réalité l'élément primitif de la maladie, ou bien que nous ignorons son essence, ou bien qu'il s'y trouve conjoint d'autres éléments non moins importants que cette altération du sang, toutes circonstances qui frappent de fausseté, de témérité ou d'insuffisance la thérapeutique basée uniquement sur la lésion humorale ! En effet, bien aveuglé par la théorie ou par l'esprit d'opposition serait celui qui méconnaîtrait dans la fièvre typhoïde, soit l'élément réaction fébrile, qui signale ordinairement le début, soit cet autre élément, la lésion intestinale, qui, par elle-même, est la source de dangers qu'on s'efforce en vain d'atténuer, à la glorification de l'humorisme.

Autre exemple : quoi de mieux avéré, jusqu'à ce jour, que la nature de la chlorose attribuée sans conteste et uniquement à la diminution du fer qui existe dans le sang ? Cependant, il est positif que les fer-

rugineux ne guérissent pas toujours la chlorose. Eh bien ! voilà qu'on vient de découvrir que la chlorose pourrait bien tenir, dans certains cas, à la disparition du manganèse, autant qu'à celle du fer ; de là le traitement par les manganeux et les ferro-manganeux qui, dit on, procurent quelques succès.

Vous voyez que tout est provisoire, et que c'est faire preuve d'inexpérience et de légèreté que d'accepter comme faits irréfragables, complets et définitifs, les données même les plus positives de cet humorisme qui tend à absorber la médecine tout entière. Dans cette situation, quoi de plus sage que de faire la part de tous les éléments patents, incontestables, sans pourtant décliner absolument les théories, en tant qu'elles découlent rigoureusement des faits observés, et sans préjudice des progrès ultérieurs ?

Pour ce qui est du solidisme, nous pourrions retourner les arguments précédents, et dire qu'après en avoir manifestement abusé, comme on abuse aujourd'hui de l'humorisme, on tend à l'excès contraire, c'est-à-dire à l'effacer totalement, comme lui-même avait totalement effacé l'humorisme, sous le règne de Cullen, de Pinel et de Broussais. Et pourtant, quoi de plus évident que les altérations matérielles des solides, que ces lésions organiques, ainsi qu'on les appelle, et qui ont pour effet de déformer, de dénaturer, de détruire tous les tissus de l'économie ! Que ces altérations soient ordinairement secondaires, nous l'accordons, bien que cette filiation soit assez souvent sujette à litige. Mais s'ensuit-il que ces lésions matérielles, même secondaires, ne méritent par elles-mêmes aucune considération, ne puissent susciter aucun trouble spécial, et n'impliquent aucune indication particulière ? Si notre témoignage, à nous médecins, vous paraît suspect, demandez aux chirurgiens dans quel but ils emploient le fer et le feu, si ce n'est pour annihiler, ou du moins modifier des tissus, dont l'altération porte atteinte à la santé et peut produire la mort ? Rayer le solidisme, serait une entreprise insensée que personne, en aucun temps, ne saurait accomplir.

*(La fin à un prochain numéro.)*

---

DE L'EMPLOI DE L'EAU FROIDE DANS LE TRAITEMENT DE QUELQUES MALADIES AIGUES ET EN PARTICULIER DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Par M. T.-B. ARMITAGE, membre de la Société médico-chirurgicale de Londres.

Une communication récente qui a été faite à la Société de médecine de Paris par M. Briquet, médecin de l'hôpital de la Charité, sur quelques expériences entreprises en ce moment, tant dans son service

que dans celui de M. le professeur Andral, relativement à l'emploi du froid dans le traitement de la fièvre typhoïde, vient d'appeler de nouveau l'attention sur les bons effets que l'on peut attendre de ce précieux agent dans cette terrible affection. En attendant que notre savant confrère ait fait connaître les résultats de ces expériences dans tous leurs détails ; en attendant également que quelques-uns des médecins des hôpitaux donnent de la publicité à des expérimentations que nous savons avoir été dirigées dans le même sens, nous sommes heureux de mettre sous les yeux de nos lecteurs un excellent travail qui nous est adressé par un médecin anglais, M. Armitage, relativement à l'emploi de l'hydropathie dans les maladies aiguës, et en particulier dans la fièvre typhoïde.

Je me propose dans ce travail, dit M. Armitage, de faire connaître les résultats que j'ai obtenus du traitement hydropathique ou de l'emploi de l'eau froide dans le traitement de plusieurs maladies aiguës, et en particulier de la fièvre typhoïde. C'est à Berlin, et avec la haute sanction de M. le professeur Schönlein, qu'il m'a été donné de faire ces expériences, et je dois témoigner également toute ma reconnaissance à M. le docteur Traube, chef de clinique de M. Schönlein, pour la coopération qu'il a bien voulu me prêter dans des recherches aussi minutieuses et aussi longues. J'ajouterai que c'est seulement après avoir fait une visite à Priesnitz, à Gräfenberg, et surtout après avoir suivi la pratique de deux médecins hydropathes des plus distingués, MM. Piutti, d'Elgersbourg, et Lauda, de Leipneritz, que j'ai entrepris d'expérimenter l'hydropathie dans le traitement des maladies aiguës.

Quelques mots sur les moyens que nous avons mis en usage. C'est l'eau froide qui a fait la base de notre traitement, mais l'eau froide en bains principalement. Ainsi, nous avons employé :

1° Les *affusions froides*, telles que Currie les a recommandées. Le malade était placé entièrement nu dans une baignoire vide, et plusieurs seaux d'eau froide, ordinairement à 4°,44 centigrades, étaient versés d'une hauteur de un à trois pieds et même plus sur la tête et la poitrine. Dans certains cas l'eau était un peu plus froide ; mais plus elle l'était et plus grande était la hauteur d'où on la versait, plus stimulants aussi étaient les effets. Aussi, dans les cas où la stupeur était très-grande, nous employions de l'eau très-froide, versée d'une assez grande hauteur. Constamment, à la suite des affusions, nous avons vu la température tomber souvent de près d'un degré. La fréquence du pouls et de la respiration diminuait aussi beaucoup, mais bien plus sensiblement au bout d'une demi-heure ou trois quarts d'heure qu'im-

médiatement après l'affusion. Cette diminution dans les symptômes fébriles avait une durée variable, mais en moyenne elle durait deux ou trois heures dans les cas graves. Pendant l'affusion, la langue, qui était souvent sèche, s'humectait et s'amollissait presque constamment ; la stupeur diminuait et quelquefois disparaissait tout à fait, ou du moins ne reprenait sa première intensité que vingt-quatre heures après. Le sommeil était la conséquence de cette diminution de la fièvre, et une transpiration critique se montrait aussitôt que le malade était couché.

Les affusions froides nous ont paru indiquées dans tous les cas où, avec une élévation considérable de la température, il y a une stupeur considérable et peu d'irritabilité du système nerveux. Elles sont contre-indiquées dans tous les cas où le système nerveux est fort irritable, et toutes les fois que j'en ai fait usage en pareil cas, j'ai eu à m'en repentir, à cause de l'augmentation d'irritabilité, d'agitation et d'insomnie qui en résultait. C'est que les affusions froides sont un stimulant pour le système nerveux, mais un stimulant qui diffère beaucoup des autres, en ce sens qu'il agit en même temps comme moyen de refroidissement, tandis que ceux-ci augmentent la chaleur et la fièvre. Autrement dit, les affusions rentrent dans ce que les anciens appelaient *excitans frigidum*, et conviennent, par conséquent, dans tous les états fébriles où une stimulation est indiquée, en même temps qu'on désire diminuer l'intensité de la fièvre.

2° Le *bain partiel* (*shallow bath*). C'est une baignoire en bois de 6 pieds de long, et dans laquelle est versée de 5 à 12 pouces d'eau à la température de 15 à 26° centigrades. Le malade est assis dans la baignoire ; par conséquent les extrémités inférieures sont plongées dans l'eau. Un aide les frictionne continuellement, tandis qu'on verse doucement de l'eau du bain avec un pot sur la tête et le tronc. Cette opération est interrompue de temps en temps, et le tronc est frotté de même par un aide, en plongeant les mains dans l'eau du bain. Le malade est maintenu dans le bain un temps suffisant pour arriver au refroidissement, et le médecin, qui doit toujours être présent, fait ou non retirer le malade, suivant les phénomènes qu'il présente pendant sa durée. Ce bain a la même influence immédiate sur les phénomènes fébriles que les affusions froides, mais il n'est pas aussi stimulant, et l'on peut toujours régler la stimulation. Plus l'eau est froide et plus la stimulation est forte, et *vice versâ*. Toutefois, quand on élève la température de l'eau, il faut savoir qu'on diminue d'autant son action réfrigérante, et si l'on veut avoir ce dernier effet, il faut compenser l'élévation de la température par la longueur de la durée donnée au bain.

Ce bain est indiqué dans les cas de stupeur combinée avec un degré d'irritabilité nerveuse qui contre-indiquerait les affusions froides. Il convient surtout chez les femmes qui, autant que je l'ai remarqué, supportent mal les affusions.

3° L'*enveloppement* dans le drap humide a été également employé par nous dans plusieurs maladies aiguës, parfois même dans le cours de la fièvre typhoïde; mais son action, moins stimulante que celle du bain partiel, est aussi moins réfrigérante. Il faut donc y revenir souvent si l'on veut en obtenir des effets marqués.

4° Le *bain tiède* de 33° à 35°, dans lequel le malade est assis, ayant de l'eau jusqu'au menton, est aussi, quoiqu'on puisse croire le contraire, un moyen réfrigérant très-marqué. J'ai vu la température baisser d'un degré en cinquante-trois minutes; à plus forte raison cet effet réfrigérant est-il plus prononcé lorsque la température de l'eau est au-dessous de ce chiffre. Le malade s'y trouve très-bien, voit diminuer la chaleur fébrile de sa peau, et cinq ou trente minutes après, éprouve le plus souvent un frisson, qui dure quelquefois un certain temps; après quoi il s'endort, et tous les symptômes fébriles sont amendés. C'est le plus sédatif de tous les bains; il est indiqué, par conséquent, dans tous les cas où l'on désire produire une réfrigération, et dans lesquels les malades présentent une telle irritabilité du système nerveux, qu'il leur serait impossible de supporter l'excitation de l'enveloppement.

5° *Les affusions froides dans un bain tiède.* Ici le malade est plongé jusqu'au cou dans de l'eau à 33 ou 35°, et pendant qu'il est maintenu, on lui verse lentement un filet d'eau froide sur la tête. La quantité d'eau à employer chaque fois varie suivant les cas : dix seaux au moins, quarante au plus dans les cas où j'en ai fait usage. La température du bain est maintenue en laissant écouler de temps en temps de l'eau de la baignoire et en la remplaçant par de l'eau chaude. Ordinairement le malade reste tranquille pendant qu'on lui verse les cinq ou six premiers seaux d'eau froide, mais bientôt la face exprime la douleur que le froid lui occasionne, et le malade s'échapperait du bain s'il n'était maintenu.

Cette forme de bain est très-utile dans le traitement du delirium tremens, surtout lorsqu'il y a beaucoup de fièvre et qu'on peut craindre l'emploi de l'opium, ou que ce médicament a échoué. L'amélioration est ordinairement très-marquée après le premier bain, mais il est rare qu'il ne faille pas y revenir cinq ou six fois avant d'obtenir un sommeil complet, ce qui annonce la guérison prochaine.

Relativement aux applications de ces divers moyens, je n'ai rien à

ajouter à ce qui a été si bien dit par Currie. C'est toujours l'élévation de la température qui doit guider dans cet emploi du froid à l'extérieur, et il faut s'en abstenir, sauf des cas exceptionnels, dans le cas d'abaissement de la température ou lorsque l'affaiblissement est tel qu'on peut craindre n'avoir pas ce résultat. La présence de la transpiration n'est pas une contre-indication absolue à l'emploi de ces bains, surtout lorsqu'elle est partielle et que la peau est chaude et sèche.

J'arrive à l'exposition des faits qui ont été l'objet de nos recherches. Ces faits sont nombreux : fièvre typhoïde, pneumonie, pleurésie, bronchite aiguë, péritonite, péricardite, delirium tremens et choléra asiatique.

Je ne dirai rien des cas de péritonite et de péricardite, d'autres moyens ayant été associés à l'emploi du froid.

Nous avons traité par l'enveloppement et les bains partiels quatre cas de pneumonie franchement inflammatoire seulement. Les résultats ont été bien moins favorables que ceux des autres méthodes thérapeutiques. Je n'hésite donc pas à rejeter les moyens hydropathiques du traitement de la pneumonie, sauf pour quelques cas exceptionnels. Je sais que je suis ici en opposition avec ce qui a été affirmé par d'autres hydropathes, mais, outre de ce qu'ils n'ont publié qu'un très-petit nombre de faits de ce genre, je ne suis pas convaincu qu'ils aient eu véritablement affaire à des pneumonies, les observations publiées manquant des détails les plus essentiels sous le rapport de la percussion et de l'auscultation. J'ajouterai que M. Piutti, qui a employé l'hydropathie dans deux cas, et M. Lauda, qui l'a fait dans un plus grand nombre, y ont renoncé tous les deux, bien que la guérison ait eu lieu, à cause des souffrances que ces pratiques entraînent pour les malades. Le traitement antiphlogistique l'emporte tellement sur l'hydropathie, sous le rapport de l'efficacité, de la sûreté et de l'absence comparative de douleurs, que, pour ma part, je ne vois pas la possibilité d'établir un parallèle. D'après ce que j'ai observé cependant, on pourrait souvent employer avec avantage le bandage de corps humide autour de la poitrine, et dans certains cas même où le traitement antiphlogistique se trouve contre-indiqué, dans les pneumonies secondaires, par exemple, qui surviennent dans le cours d'une fièvre typhoïde ou dans toute autre maladie, le traitement hydropathique pourrait être employé dans toute sa rigueur. J'ai réussi, dans un cas de ce genre, avec les bains partiels.

Un cas de pleurésie aiguë, deux de bronchite, dont une avec épanchement pleurétique commençant, un fait de maladie du cœur avec violent délire, suite de congestion et d'irritabilité du cerveau, complètent les cas de maladie de poitrine que nous avons traités par l'hydro-

pathie. La pleurésie, traitée par le bain partiel froid à 26°, semblait arrivée à guérison le septième jour, lorsqu'une rechute, suite d'une imprudence, fit cesser le traitement hydropathique. Les deux cas de bronchite furent modifiés également d'une manière très-notable par les mêmes bains, et ce qu'on peut assurer, c'est que les accidents ne furent nullement aggravés. Le délire de la maladie du cœur céda aux affusions froides dans un bain tiède.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit du delirium tremens, dont j'ai traité un grand nombre de cas par les applications du froid, sans avoir perdu qu'un seul malade, et encore de pneumonie double. Je n'ai pas soumis personnellement, mais j'ai vu soumettre à l'hydropathie plusieurs varioles et scarlatines, à l'hôpital général de Vienne. Je dois dire qu'aucun malade n'a succombé, mais l'épidémie était médiocrement grave. Nous avons traité, enfin, deux cholériques, tous deux désespérés, par l'hydropathie : un a guéri, l'autre est mort. Je n'y insiste donc pas, pour arriver immédiatement à l'exposition des effets de cette méthode dans le traitement de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire de la maladie la plus rebelle à tous les moyens thérapeutiques et sur laquelle on peut faire les plus nombreuses expérimentations dans nos grands hôpitaux. Je demande d'abord la permission d'exposer en peu de mots comment je comprends les indications à remplir dans cette maladie.

Les symptômes de la fièvre typhoïde qui méritent de fixer l'attention sont de deux ordres :

1° Ceux qui dépendent de la nature essentielle de la fièvre typhoïde, qui se montrent, par conséquent, avec plus ou moins d'intensité dans tous les cas ;

2° Ceux qui dépendent de complications ne faisant pas essentiellement partie de la maladie et n'existant pas souvent.

Au premier ordre se rattachent les modifications dans la circulation et dans la chaleur animale. Le pouls est généralement accéléré dans la fièvre typhoïde, et le nombre des respirations généralement augmenté ; mais ces deux symptômes sont si bien connus que je n'y insiste pas davantage. Relativement à la chaleur animale, je dirai que l'élévation et l'abaissement de la température indiquent d'une manière plus certaine que l'augmentation ou la diminution de la fréquence du pouls, l'accroissement ou la décroissance de la maladie, et que tout refroidissement suffisant pour amener un abaissement marqué dans la température produit aussi une diminution dans le nombre des pulsations et des respirations. J'ajouterai qu'il ne m'est pas arrivé une seule fois de trouver la température de la peau au-dessous de la moyenne de l'état normal, qui varie de 37.6 à 37.8 centigr. Il ne faut pas

croire que la sensation de frissonnement qu'éprouve quelquefois le malade indique un véritable abaissement de température, même quand le corps paraît froid au toucher; c'est un phénomène purement nerveux, et tout le monde sait que dans la période de frisson de la fièvre intermittente, la température de la peau est toujours fort élevée.

Un autre groupe de symptômes, qui existe toujours dans la fièvre typhoïde, tient à l'affection du système nerveux, que l'on retrouve constamment dans la maladie. Il est bien rare que le système nerveux échappe à ses atteintes, et tous les centres nerveux sont atteints à la fois.

L'affection du cerveau se traduit de deux manières différentes: tantôt il y a une stupeur plus ou moins profonde, de l'apathie, de l'affaiblissement dans les perceptions et les sensations, la vue est trouble, l'ouïe souvent perdue, les sens du goût et de l'odorat ont beaucoup perdu de leur finesse; s'il y a du délire, il est sourd; le malade est couché sur le dos, murmurant des paroles incohérentes, et tout à fait indifférent à tous les objets qui l'entourent. Tantôt, au contraire, l'irritabilité est grandement augmentée. Le malade est agité, irritable et extrêmement sensible à toutes les impressions extérieures. Ses réponses sont précipitées et précèdent presque la question qu'on lui adresse. La vue, l'ouïe, l'odorat ont une acuité excessive, et le délire, s'il existe, offre plusieurs des caractères du delirium tremens.

Il est de la plus haute importance pour le succès du traitement hydropathique de bien déterminer quel est de ces deux états celui qui existe, parce que les moyens de traitement varient pour chacun d'eux. Relativement à la moelle épinière, elle traduit sa souffrance par un état de relâchement des muscles volontaires et involontaires, aussi bien que par la difficulté d'exercer des actes réflexes, ou par leur faiblesse quand ces actes se produisent. Quant au système du grand sympathique, son affection est indiquée par la perte d'appétit, le trouble de la nutrition, la tendance à l'ulcération, etc.

Le second ordre de symptômes qui se montrent dans les fièvres typhoïdes et qui dépendent de complications dont l'existence n'est pas constante, comprend la diarrhée, le méléna, les vomissements, les épistaxis, la bronchite, la pneumonie, la pleurésie, l'inflammation du cerveau ou de ses membranes, l'érysipèle, la gangrène du siége, etc.

Cette courte revue des symptômes de la maladie me fournit un cadre naturel pour l'exposition des principes qui doivent nous guider dans le traitement hydropathique de la fièvre typhoïde.

Suivant les cas, suivant les symptômes et surtout suivant l'état du système nerveux, on peut faire tomber la chaleur animale avec l'une des diverses formes d'application de l'eau froide dont j'ai déjà parlé. Y

a-t-il tendance à la stupeur, on emploiera les applications d'eau froide, qui jouissent de la propriété de relever et de stimuler le système nerveux, tout en abaissant la chaleur de la peau. C'est ce que l'on obtient avec de l'eau à une basse température et par des applications aussi soudaines que possibles, avec des affusions froides, par exemple. Le malade est-il irritable, ces applications aggraveraient tous les symptômes; on a recours alors à quelques-uns de ces bains qui produisent un refroidissement, sans stimulation ; c'est l'effet sédatif du froid que l'on recherche. L'enveloppement, le bain tiède à 33 ou 35° centigr., prolongé pendant trois quarts d'heure ou une heure, représentent l'effet sédatif pur. Quant aux complications, elles ne méritent pas, en général, beaucoup d'attention. Si le traitement est bien dirigé contre l'élévation de la température, en le modifiant suivant l'état du système nerveux, on remarquera que la diarrhée, le catarrhe et la plupart des autres complications, non-seulement ne s'exaspéreront pas, mais encore diminueront avec la fièvre. J'ai même traité un cas très-grave de fièvre typhoïde, compliquée de pneumonie, avec des demi-bains froids, des frictions et irrigations répétés tous les jours. Ai-je besoin de mentionner les bons effets des applications froides sur la tête dans le cas de stupeur ou de délire qui se lient à un état congestif du cerveau?...

Tel est le traitement que nous avons suivi chez nos malades, M. Traube et moi, en y joignant toujours le renouvellement de l'air plusieurs fois par jour, les boissons froides, une alimentation légère (quelques bouillons ou potages, un peu de lait), en ne revenant à une alimentation plus substantielle dans la convalescence que d'une manière graduelle, et en ne permettant au malade de quitter son lit qu'après la cessation complète du mouvement fébrile.

*(La fin au prochain numéro.)*

---

# THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

---

## NOTE SUR UNE DIFFORMITÉ NON ENCORE DÉCRITE DE L'ÉPAULE ET SUR SON TRAITEMENT.

La contracture localisée dans les muscles du cou, le torticolis, présente trois périodes bien tranchées, au point de vue de la pathologie comme de la thérapeutique. Dans la première, le spasme musculaire est peu marqué, et la position particulière qu'affecte le malade lui est commandée, moins par la contracture du muscle que par l'absence de souffrance qui en résulte. Avec un peu d'attention et en agissant len-

tement, le patient parvient pour un instant à rendre à la tête sa position. Cependant, l'état de relâchement dans lequel le malade est conduit instinctivement à mettre le muscle affecté témoigne que celui-ci est atteint déjà dans sa tonicité, puisqu'il ne peut être maintenu à son degré de longueur normale. La contractilité volontaire n'est pas encore atteinte. Nous n'en prenons pas la preuve dans la restitution de la tête à son attitude habituelle, car ce mouvement est dû exclusivement à l'action des muscles antagonistes de celui affecté, mais dans la possibilité que conservent les malades de faire agir le muscle, siége de la lésion ; cette action a pour résultat d'augmenter la difformité.

Lorsque cet état de spasme se prononce davantage, le malade ne peut plus triompher de l'attitude vicieuse par les seuls efforts de sa volonté. Il faut qu'une puissance étrangère vienne ajouter son action à celle des muscles antagonistes, pour triompher de l'état spasmodique dont le muscle contracturé est affecté. Ainsi, les mains du chirurgien doivent intervenir pour rendre à la tête son attitude normale ; aussi, dès que celle-ci est abandonnée, la difformité est reproduite.

Enfin la troisième période se trouve caractérisée par une altération organique du muscle ; ce n'est plus seulement son mode de vitalité qui est affecté, sa nutrition est atteinte à son tour, le muscle perd les reliefs qu'il formait sous la peau, l'extensibilité de son tissu a disparu. Cet état d'atrophie, avec altération de la nutrition de la fibre musculaire, est désigné sous le nom de rétraction. Dans les cas de cette espèce, quelle que soit la force employée, le muscle ne peut plus céder aux efforts de traction que l'on exerce sur lui, et l'attitude vicieuse est permanente.

Les applications de topiques chauds suffisent souvent pour triompher du torticolis au début. Un moyen qui nous a toujours fourni d'excellents résultats est l'emploi des agents anesthésiques, soit une pommade à l'éther chlorhydrique chloré (30 grammes d'axonge pour 4 grammes d'éther), et plus souvent un liniment composé de parties égales d'huile d'amandes douces et de chloroforme.

Dans l'étude de la seconde période, l'état de contracture musculaire, il est deux éléments à considérer : l'état de spasme amené par la modification apportée dans le mode de vitalité du muscle, puis l'affaiblissement consécutif qui se manifeste dans les muscles congénères et antagonistes. Quelle est la part à faire à chacune de ces conditions de la difformité, c'est un point qui n'a pas encore été étudié avec assez de soin, et sur lequel nous appelons l'attention des hommes mieux placés que nous pour étudier cette question. L'emploi topique des agents anesthésiques aurait-il prise encore sur l'élément spasmodique

des puissances musculaires atteintes? Le fait suivant prouve que nous possédons aujourd'hui contre l'affaiblissement de la tonicité des muscles antagonistes une ressource nouvelle. Cette action spéciale de l'électrisation localisée est d'autant plus précieuse dans ces circonstances, qu'il est des difformités qui, en raison du siége qu'elles occupent, ne permettent l'usage d'aucun appareil; aussi a-t-on dû renoncer au traitement des cas que l'on a rencontrés jusqu'ici.

Obs. I. *Déformation de l'épaule consécutive à la contracture du rhomboïde et celle de l'angulaire de l'omoplate ; guérison par l'excitation électrique localisée dans leur muscle antagoniste, le grand dentelé.* — Aglaé Prude, âgée de onze ans, d'une excellente constitution, demeurant à Bagnolet, chez mademoiselle Graind'orge, sa mère adoptive, n'a jamais eu de convulsions, ni aucun trouble fonctionnel des muscles, avant l'affection dont nous allons brièvement raconter l'historique. Il y a deux années, en février 1849, cette jeune fille, sans cause connue, éprouve pour la première fois une douleur dans la partie moyenne et latérale droite du cou. Cette douleur augmente par la pression ou lorsque l'enfant porte la tête du côté opposé. Le médecin de la localité, consulté alors, constate un gonflement léger, qu'il attribue à un mouvement fluxionnaire. L'enfant souffrant peu et n'éprouvant aucun autre trouble dans sa santé, il croit ne devoir prescrire aucun traitement, assurant que cet état se dissiperait spontanément.

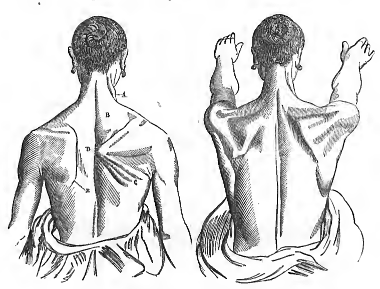
A dater de cette époque, on ne fait plus aucune attention à la gêne continuelle que cette petite fille éprouve, surtout pendant certains mouvements de la tête. La personne chez laquelle elle demeurait, et qui chaque matin présidait à sa toilette, affirme que jusqu'au mois d'octobre 1850, époque à laquelle Aglaé fut placée en pension, il ne se manifesta aucune modification dans l'attitude normale de l'omoplate.

Entrée en pension, elle fut moins observée, malgré la persistance de la gêne des mouvements du cou, et ce fut seulement au mois d'avril 1852, époque à laquelle l'enfant vint passer quelques jours à Bagnolet, chez sa mère adoptive, que celle-ci s'aperçut de la difformité qui s'était manifestée dans la conformation de son épaule droite.

Aglaé fut ramenée chez ses parents, qui habitent le faubourg Saint-Antoine, et sa mère crut devoir la mener à la consultation du médecin homœopathe de l'hôpital Sainte-Marguerite, dans lequel, dit-elle, elle avait plus de confiance, puisque sa fille était atteinte d'une affection peu commune. Après une assez longue durée d'un traitement par les globules, la mère ne voyant survenir aucun amendement dans l'état de son enfant, se décida à conduire Aglaé à la consultation du chirurgien de cet établissement. M. Marjolin, en présence d'une difformité de l'épaule qu'il rencontrait pour la première fois, crut devoir adresser la petite malade à son collègue, M. Bouvier, comme un cas de diagnostic intéressant. M. Bouvier reconnut dans la déviation de l'omoplate que présentait cette enfant une difformité qu'il avait plusieurs fois observée; récemment même un prince étranger était venu le consulter pour son fils, qui présentait une lésion musculaire exactement semblable; mais la divergence des opinions émises par les chirurgiens éminents qui ont été consultés pour ce cas ont conduit ce haut personnage à ne tenter aucun des traitements qui furent formulés.

Plus libre dans ses déterminations, puisque la petite fille lui était adressée à la consultation gratuite, et au courant des faits intéressants produits par M. Duchenne, M. Bouvier donna rendez-vous à la malade dans le cabinet de son confrère, afin de poser le diagnostic de cette difformité.

La première des figures ci-jointe, dessinées d'après nature, représente l'attitude anormale de l'omoplate droite. L'angle inférieur de cet os D est remonté au point de se trouver placé presque au niveau de l'angle externe et touche la ligne médiane; dans le triangle sus-claviculaire, formé par le bord du trapèze et le sterno-cléido-mastoïdien, on constate une saillie A, à laquelle la petite malade rapporte la sensation douloureuse ou plutôt de gêne qu'elle éprouve depuis plus de trois années; cette sensation pénible augmente encore par la pression de ce point saillant, ou par l'inclinaison de la tête à gauche. Ce relief est dû, d'une manière incontestable, à la contracture de l'angulaire de l'omoplate.




(Fig. 1.) (Fig. 2.)

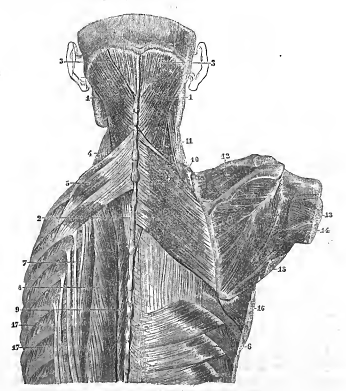
Il existe aussi un gonflement qui simule assez bien une tumeur, par la sensation de dureté que perçoit le toucher, au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate déplacé. Cette saillie B paraît également due à la contraction tonique de la masse musculaire du rhomboïde.

Lorsqu'on veut placer l'omoplate dans son attitude normale, il faut appuyer avec une grande force sur l'angle inférieur de cet os, encore n'y parvient-on que difficilement, et à l'instant où l'omoplate est abandonnée à elle-même on la voit tourner sur son bord externe, et son angle inférieur remonte brusquement reprendre sa position anormale.

A quelle affection musculaire rapporter cette difformité? L'attitude anormale de l'omoplate était le résultat de deux phénomènes morbides différents : un état de contracture des muscles angulaire et rhomboïde,

puis un affaiblissement du muscle grand dentelé, leur antagoniste. Pour M. Bouvier, l'état de contracture du rhomboïde et de l'angulaire de l'omoplate était un phénomène consécutif à la perte de l'action musculaire de leur puissance antagoniste. Deux membres de la Société de chirurgie, qui virent la malade, n'hésitèrent pas à regarder l'attitude vicieuse de l'omoplate comme le résultat d'une paralysie du grand dentelé.

M. Duchenne, afin d'apprécier la justesse de ces diagnostics, commanda à la petite fille de porter les bras en avant ; dans ce mouvement, l'angle inférieur de l'omoplate fut entraîné en bas, du côté malade comme du côté sain, et la difformité disparut, comme on le voit sur la figure 2 ci-dessus. Ce seul fait montrait donc que le muscle grand dentelé n'était pas paralysé.

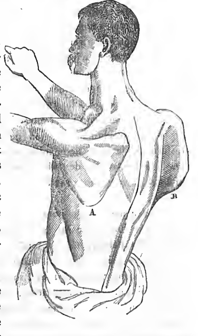



(Fig. 3.)

Afin de permettre au lecteur de se mieux rendre compte du fait et de suivre plus facilement la discussion, nous plaçons sous ses yeux une gravure, tirée de l'excellent traité d'anatomie descriptive de M. Jamain, que nous devons à l'obligeance de l'éditeur M. Germer Baillière.

Cette figure 3, nous l'avons choisie de préférence, parce que le côté droit de la planche représente d'une manière bien distincte les divers muscles qui concouraient à produire la difformité chez notre jeune malade. Ainsi, l'on voit à la partie postérieure et latérale du cou, l'angulaire de l'omoplate 11, et à la partie moyenne et supérieure du dos, le muscle rhomboïde 10. Au-dessous de l'omoplate et ayant son point d'attache à l'angle inférieur de cet os, se trouve le grand dentelé 16. Un simple coup d'œil jeté sur la direction des fibres de ces divers muscles explique l'attitude vicieuse de l'omoplate. La contracture du rhomboïde et de l'angulaire, en se combinant, a fini par vaincre a tonicité du muscle grand dentelé et par amener la difformité de l'épaule chez la petite Aglaé.

Le muscle grand dentelé n'a pas perdu le pouvoir de se contracter sous l'influence de la volonté, et lorsque la malade portait le bras en avant, on voyait ce muscle ramener l'angle inférieur de l'omoplate en bas et en avant, du côté malade comme du côté sain; tandis que, dans les cas de paralysie du grand dentelé, lorsqu'on fait porter au malade les bras en avant, on observe une saillie de l'omoplate, son angle inférieur B demeure détaché du tronc, ainsi qu'on le voit sur la figure ci-contre. Ce signe pathognomonique des paralysies ou atrophies du grand dentelé, nous avons eu l'occasion de le constater deux fois; il est si saillant, que nous le pensions décrit par les auteurs classiques. Il n'en est rien. C'est avec juste raison que M. Duchenne a signalé son importance dans le Mémoire qu'il vient d'adresser à l'Académie sur les fonctions des muscles de l'épaule. Nous n'avons pas besoin de donner la raison anatomique de cette position particulière que conserve l'omoplate dans ces cas de paralysie ou d'atrophie du muscle grand dentelé. Ce fait prouve en outre que la contracture n'est pas un phénomène toujours con-



sécutif à la perte de l'antagonisme ; car, malgré l'atrophie du grand dentelé chez ce malade, jamais les muscles antagonistes, l'angulaire et le rhomboïde, n'ont présenté le plus léger spasme tonique. Il faut une cause à cette modification : nous en traiterons d'une manière plus spéciale quand nous exposerons les paralysies de cause syphilitique ou rhumatismale.

Mais revenons à notre malade. Sa difformité était donc bien, comme le pensait M. Duchenne, une contracture des muscles rhomboïde et angulaire, avec affaiblissement consécutif de la contractilité tonique du muscle grand dentelé ; telle avait été également mon opinion, d'après le récit des symptômes que m'avait fait notre confrère. C'était un torticolis affectant les muscles angulaire et rhomboïde, et la contracture de ces muscles entraînait l'omoplate, par le même motif que la lésion semblable localisée dans le sterno-cléido-mastoïdien fait dévier la tête.

Malgré la conviction qu'il avait affaire à une contracture et non à une paralysie, et que par conséquent l'excitation électrique localisée dans le grand dentelé n'amènerait aucune modification dans cette difformité, M. Duchenne céda aux désirs de M. Bouvier. Pendant trois semaines notre confrère dirigea, mais sans aucun succès, le courant électrique de son appareil d'induction sur le faisceau inférieur du grand dentelé, le seul facilement accessible, à cause de sa position superficielle, à l'action de cet agent thérapeutique. M. Duchenne agissait avec des courants électriques à intermittences éloignées ; en procédant ainsi, il s'adressait seulement à la contractilité du muscle. Le raccourcissement du muscle produit par l'action de l'électricité faisait disparaître la difformité, de la même manière que le mouvement des bras ; mais dès que l'excitation des fibres du grand dentelé cessait, l'omoplate montait, avec une grande rapidité, reprendre sa position vicieuse.

Une circonstance que nous devons noter, c'est que pendant tout le temps que l'omoplate est maintenue dans son attitude normale par l'action de l'électricité, les saillies, que l'on aurait pu et que l'on avait même prises pour des tumeurs, disparaissaient complétement. Au cou, on pouvait faire rouler sous les doigts l'angulaire de l'omoplate, qui, son état de contraction vaincu, demeurait flasque et relâché. Un phénomène que nous devons également signaler, c'est que, pendant les mouvements imprimés à l'omoplate, la main placée sur cette région percevait distinctement une crépitation ; cette sensation était si prononcée qu'elle aurait pu faire croire à l'existence d'une tumeur placée sous cet os. Enfin, malgré le déplacement considérable de

l'omoplate, les épaules sont restées à la même hauteur, comme on le voit sur les deux planches ci-dessus, fig. 1 et 2.

M. Duchenne, voyant que l'électrisation pratiquée avec des intermittences très-éloignées n'amenait aucun résultat, malgré l'intensité assez considérable du courant d'induction, eut l'idée, avant d'abandonner le traitement de ce cas intéressant, d'employer des intermittences très-rapides.

S'adressant alors à la tonicité, et non plus à la contractilité du grand dentelé, il devait ainsi permettre à ce muscle de résister à l'action des muscles contracturés spasmodiquement. Après la séance, qui fut très-courte (quatre à cinq minutes), une amélioration sensible se manifesta; l'angle inférieur de l'omoplate, qui avait été ramené à sa position normale, remonta moins vivement et resta à environ 2 centimètres plus bas que précédemment.

Le lendemain, l'amélioration obtenue la veille fut trouvée conservée, et, après une nouvelle excitation plus longue, et le courant agissant avec des intermittences aussi rapides, l'angle de l'omoplate descendit encore de 1 centimètre.

Les séances, pratiquées chaque jour de la même manière, ramenèrent progressivement l'omoplate à son attitude normale, et, à la fin de la quatrième, la difformité avait complétement disparu. Quatre jours suffirent pour amener la guérison d'une infirmité regardée jusqu'ici comme incurable.

Ainsi, pour nous, la contracture de l'angulaire de l'omoplate et du rhomboïde était primitive, et, probablement, avait été produite par l'influence d'une impression subite de froid, comme cela arrive le plus souvent; c'était donc une sorte de torticolis postérieur.

Lorsque l'action morbide est localisée dans le sterno-cléido-mastoïdien, ayant un de ses points d'attache sur la clavicule qui appartient à la charpente osseuse du tronc, ce muscle entraîne la partie mobile, qui est la tête. Dans le cas de cette jeune fille, la partie mobile était l'omoplate. L'état de spasme des muscles angulaire et rhomboïde a triomphé de la tonicité du grand dentelé et a produit la difformité de l'épaule présentée par la petite Aglaé.

Comment l'électricité a-t-elle agi dans ce cas? Nous devons le dire; car nous avons entendu plusieurs des médecins qui avaient porté le diagnostic de la paralysie musculaire, prétendre que la guérison, obtenue par la localisation de l'excitation électrique dans le muscle grand dentelé, venait à l'appui de leur diagnostic. Ils ont fait, comme trop souvent cela arrive, une fausse application de l'aphorisme : *Morborum naturam ostendit curatio.*

Nous avons, je crois, mis hors de doute l'absence de la paralysie du muscle grand dentelé, par la disparition de la difformité lorsque les bras étaient portés en avant. Nous avons également montré que la contracture des muscles rhomboïde et angulaire n'était pas un phénomène consécutif, puisque dans les cas de paralysie ou d'atrophie du grand dentelé, cet état morbide ne se manifestait point. Quant à l'étiologie de la cause rhumatismale, quelques-uns la contesteront, mais d'autres l'admettront avec nous : la fréquence des torticolis, l'absence chez notre jeune malade d'influence héréditaire, la soudaineté de l'affection et surtout la marche et le mode de guérison de la difformité.

Ainsi contracture des muscles rhomboïde et angulaire, amenant consécutivement la diminution de la tonicité du grand dentelé, tel est le diagnostic que nous pouvons poser d'une manière irrécusable.

Pourquoi l'excitation électrique dirigée dans le muscle grand dentelé a-t-elle pu triompher d'un phénomène morbide siégeant exclusivement dans les muscles antagonistes ? Le fait vaut mieux que toutes les explications du monde. Dans la recherche des causes, nous arrivons seulement à déterminer les circonstances dans lesquelles les phénomènes se produisent. Ce résultat, d'ailleurs, nous suffit. Constatons donc cette action spéciale de l'électricité sur la tonicité du muscle, afin de l'appliquer à d'autres cas analogues.

Pour assurer la guérison, M. Duchenne crut devoir exciter pendant quelques jours encore la portion inférieure du grand dentelé, mais il ne tarda point à s'apercevoir que ce muscle résistait avec une très-grande force lorsqu'il voulait reproduire la difformité. Déjà même l'angle inférieur de l'omoplate commençait à s'éloigner un peu plus de la ligne médiane que du côté opposé; il vit alors qu'il était prudent de suspendre toute excitation, afin de ne pas dépasser l'effet thérapeutique, c'est-à-dire le rétablissement de l'équilibre musculaire.

M. Bouvier et nous-même n'avons pas été les seuls témoins de cette cure inattendue; nos collègues de la Société de médecine, auxquels l'enfant a été présenté, ont pu constater la rapidité et la beauté du résultat produit par les procédés et les appareils de notre confrère.

Ce fait thérapeutique ne nous surprend nullement; M. Duchenne y a été conduit par l'expérimentation, l'induction nous l'avait fait prévoir, et si nous insistons avec autant de persévérance sur la distinction de chacune des propriétés vitales dont jouissent des muscles, c'est que de cette analyse seule dépend le progrès de la médication électrique. Le phénomène morbide élémentaire spécifié, vous avez de suite la route toute tracée pour le traitement. La contractilité est-elle

seule atteinte, vous emploierez des intermittences éloignées; les muscles ont-ils souffert dans leur nutrition ou dans leur tonicité, c'est aux intermittences rapides que vous devez avoir recours.

On a dû remarquer, dans l'observation de cette jeune fille, que pendant tout le temps que M. Duchenne a fait agir le courant d'induction avec des intermittences éloignées, il n'avait produit aucune amélioration dans la difformité de l'épaule; tandis que dès la première séance pendant laquelle il a employé des intermittences rapides, il a obtenu un amendement signalé, et que la guérison a marché alors avec une rapidité remarquable.

Cette différence entre les résultats produits par les courants électriques, selon qu'ils sont appliqués avec des intermittences éloignées ou rapides, est fort importante, on le voit : nous exposerons les moyens de l'obtenir dans un prochain article qui traitera de la valeur thérapeutique des diverses sources qui fournissent l'agent électrique.

Le fait que nous venons de rapporter témoigne de l'action spéciale des intermittences rapides sur la contraction tonique des muscles ; il montre que dans les traitements par l'électricité, ce qui importe le plus, c'est la détermination des phénomènes morbides localisés ; puisque, selon la propriété vitale atteinte : contractilité, tonicité, sensibilité, atrophie, etc., le mode d'administration de l'agent électrique devra varier.

Ce simple énoncé, auquel nous devons nous borner aujourd'hui, montre la raison pour laquelle les empiriques et les physiciens n'ont pu faire faire un pas à la question, et démontrer la valeur de l'électricité dans le traitement des maladies. Ces résultats nouveaux et inattendus légitiment ensuite l'importance que nous attachons aux expériences de M. Duchenne. Prenant spécialement le côté pathologique de la question, nous avions, dans les faits qui constituent le domaine de la science, tous les éléments pour l'exposition de la localisation des phénomènes morbides secondaires, mais nous avons préféré nous appuyer sur les données fournies par les études électro-thérapeutiques, poursuivies avec tant de persévérance par notre laborieux confrère, car ainsi nous pouvons appuyer nos assertions sur des preuves irrécusables. En médecine pratique, les faits sont les meilleurs arguments ; un fait est un raisonnement, plus une preuve.

Voici deux faits qui nous sont communiqués par M. Duchenne ; ils légitiment les réflexions que nous venons de poser. *Antequam de remediis statuatur, primùm constare oportet quis morbus est.*

Obs. II. *Déformation de l'épaule consécutive à la contraction du rhomboïde et de l'angulaire de l'omoplate; excitation électrique localisée dans le muscle*

*grand dentelé, avec des intermittences éloignées. Insuccès.* — En 1850, un de nos confrères, M. Henri Roger, conduisit chez M. Duchenne une de ses clientes, âgée de treize à quatorze ans, qu'il considérait comme affectée d'une paralysie du muscle grand dentelé. Tous les médecins qui avaient examiné la petite malade partagèrent cette opinion.

Lorsque les bras de cette jeune fille tombaient parallèlement à l'axe du corps, on observait une différence dans l'attitude des deux épaules; comme dans la première observation, l'omoplate du côté droit avait subi un mouvement de bascule sur son angle externe, de sorte que l'angle inférieur se trouvait plus rapproché de la ligne médiane et faisait une plus grande saillie sous la peau. La difformité, quoique moins prononcée que dans le cas ci-dessus, préoccupait vivement les parents ; aussi désiraient-ils que la médecine pût en triompher. Aujourd'hui la chose sera possible.

Cette difformité avait été précédée d'une chorée partielle, affectant spécialement les muscles du cou et de l'épaule. La maladie disparue, la difformité s'était manifestée peu à peu.

M. Duchenne, à l'époque où cette malade lui fut présentée, ignorait encore le mécanisme de l'élévation du bras et par conséquent les phénomènes pathognomoniques de la paralysie du muscle grand dentelé. Jugeant d'après les signes présentés par l'état de repos, il crut comme ses confrères que cette attitude était due à un affaiblissement de la contractilité du muscle grand dentelé. Le traitement, basé sur ce diagnostic, fut l'électrisation du muscle, que l'on croyait atteint dans la contractilité volontaire, et partant l'emploi des intermittences éloignées : quoique ce traitement ait duré trois semaines et que les séances aient eu lieu chaque jour, l'amélioration fut peu sensible.

En 1851, le traitement fut repris pendant une quinzaine de jours, mais l'électrisation, appliquée de la même manière, n'amena aucun résultat. Nul doute que s'il fût venu à l'esprit de M. Duchenne d'analyser les propriétés musculaires atteintes, il n'eût été conduit à employer les intermittences rapides et nous eût fourni un second cas de guérison.

Aujourd'hui, le doute n'existe plus dans son esprit quant à l'erreur de diagnostic, qu'il a partagée avec nos confrères, sur la nature de l'affection. Il se rappelle parfaitement que l'angle inférieur des omoplates, lorsque les bras étaient portés en avant, était entraîné en bas par l'action du faisceau inférieur du muscle grand dentelé du côté malade, comme du côté sain, ainsi qu'on le voit sur la seconde figure que nous avons donnée plus haut, dans l'observation de la jeune Aglaé.

Obs. III. Récemment encore, M. Duchenne a vu, avec M. Bouvier, un troisième cas de difformité semblable, chez une jeune fille de onze à douze ans. Chez cet enfant, de même que chez le sujet de notre première observation, la difformité s'était produite sans cause bien évidente, mais l'effet en était plus prononcé encore, car l'angle inférieur de l'omoplate se trouvait porté par la contracture du rhomboïde tout à fait au niveau de l'angle externe de l'os. L'excitation électrique du grand dentelé, pratiquée avec des intervalles d'une seconde, ramenait l'omoplate à son attitude normale en huit ou dix contractions successives. On put constater aussi que la tuméfaction qu'on observait au niveau du rhomboïde avait entièrement disparu, de même que la saillie de l'angulaire de l'omoplate. Cette

sensation de crépitation, que nous avons signalée dans les signes subjectifs chez la jeune Aglaé Prude, était aussi perçue par la main appliquée sur l'omoplate, pendant les mouvements qu'on imprimait à cet os. Enfin, lui faisait-on porter les bras en avant, la difformité disparaissait, l'omoplate droite exécutant son mouvement d'élévation pendant la rotation, comme du côté sain.

C'était au mois d'avril de cette année que M. Duchenne observait cette petite malade; malheureusement, il ignorait encore les résultats que l'expérimentation devait lui fournir sur la jeune Aglaé; il laissa entrevoir à la mère le peu d'espérance qu'il avait de triompher de la difformité de son enfant avec l'emploi de l'électricité; aussi ne lui fut-elle pas représentée.

Maintenant, cette sorte de difformité de l'épaule est-elle assez rare pour légitimer le silence qu'ont gardé à son égard même les traités spéciaux? Nous ne le croyons pas. Ainsi, M. Bouvier en a vu plusieurs cas; dans l'un d'eux, l'angle interne de l'omoplate venait toucher presque la partie postérieure de la tête. M. Brochin nous a dit avoir recueilli plusieurs observations semblables à la consultation de M. Jules Guérin, à l'hôpital des Enfants malades; nous sommes convaincu qu'il n'est pas de médecin s'occupant d'une manière spéciale du traitement des difformités, qui n'ait rencontré de ces déviations de l'omoplate.

Le traitement électro-musculaire que nous venons de signaler doit-il réussir dans tous les cas? Nous ne le pensons pas. Tant que la contracture sera sous l'influence de l'état nerveux primitif, l'excitation électrique localisée dans le muscle antagoniste ne pourra triompher de la contracture. C'est contre la cause qu'il faudra diriger les moyens thérapeutiques. La cause disparue, si l'effet morbide persiste, il n'est plus qu'un phénomène secondaire *localisé*, dont on pourra triompher alors par l'excitation électrique dirigée dans le muscle grand dentelé et agissant avec des intermittences rapides.

Maintenant, cette action si remarquable de l'électrisation localisée dans la trame musculaire, d'agir spécialement, selon le procédé mis en usage, sur certaines des propriétés vitales des muscles, ne pourrait-elle pas être mise à profit dans le développement ultime de la contracture, désigné sous le nom de rétraction musculaire? C'est à l'observation à prononcer. Cet état est caractérisé anatomiquement par l'atrophie et l'inextensibilité des muscles. Les faits de guérison de paralysies consécutives à l'arrachement d'une portion de nerf prouvent que l'excitation électrique a prise sur l'atrophie; il reste donc le second élément, l'inextensibilité.

A cette période extrême de l'évolution pathologique désignée sous le nom de rétraction, l'influence nerveuse qui avait amené l'état de spasme et de contracture a disparu; reste à déterminer si le phénomène morbide, qui constitue l'inextensibilité, porte sur l'élément mus

culaire, ou s'il est dû exclusivement à la prédominance du tissu fibreux. C'est un point qui n'a pas encore été mis hors de contestation.

L'électrisation de muscles contracturés viendrait apporter son contingent de preuve ; car, si l'altération porte seulement sur l'élément musculaire, nul doute que l'emploi de ce puissant agent n'apportât une modification importante. La seule ressource contre la rétraction étant la ténotomie, rien n'empêche de tenter l'essai que nous indiquons, car il sera toujours temps d'en venir à l'opération. D.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### EXTRAIT DE TARAXACUM.

Nous donnons, d'après les pharmaciens des Etats-Unis, le mode de préparation de cet extrait, fort employé en Angleterre et en Amérique, et dont l'emploi commence à se généraliser parmi nous.

Pr. Pissenlit recueilli au mois de septembre. . 2 kilogrammes.

Coupez le pissenlit en morceaux, broyez-le dans un mortier de pierre, ajoutez un peu d'eau et réduisez-le en pulpe. Exprimez le suc et passez ; faites évaporer dans le vide ou dans un vase plat, au bain-marie, en remuant continuellement.

Dose de 0,50 centigr. à 2 grammes.—Tonique, diurétique et léger apéritif. Employé surtout dans les maladies chroniques du foie, et dans les affections qui s'accompagnent d'un dérangement dans la sécrétion biliaire.

### SIROP D'AIL (*Pharmacopée des Etats-Unis*).

| | | |
|---|---|---|
| Pr. | Ail frais bien nettoyé et écrasé. . | 180 grammes. |
| | Acide acétique dilué. . . . . . . | 500 grammes. |
| | Sucre en poudre grossière. . . . | 750 grammes. |

Faites macérer l'ail dans 250 grammes d'acide acétique dilué, pendant quatre jours, dans un vase de verre, et exprimez la liqueur. Versez le reste d'acide sur le résidu; exprimez de nouveau jusqu'à ce que, avec les deux liqueurs réunies, vous ayez retiré une pinte de liquide. Filtrez, et jetez la liqueur filtrée sur le sucre renfermé dans une bouteille d'un litre, et agitez jusqu'à dissolution. Dose : 2 à 30 grammes.

### INFUSION DE LIN COMPOSÉE.

| | | |
|---|---|---|
| Pr. | Graine de lin. . . . . . . . . . | 15 grammes. |
| | Réglisse en morceaux. . . . . . | 8 grammes. |
| | Eau bouillante. . . . . . . . . . | 500 grammes. |

Faites macérer deux heures, en vase clos, et passez.

Tisane émolliente, d'un emploi général. L'addition d'une petit quantité de miel la rend encore plus agréable.

EXTRAIT ALCOOLIQUE DE RHUBARBE.

Pr. Rhubarbe en poudre grossière. . . 374 grammes.
Alcool dilué. . . . . . . . . . . Q. S.

Mêlez la rhubarbe avec son poids de sable grossier; arrosez-les largement d'alcool dilué, et après vingt-quatre heures de macération, versez-les dans l'appareil à déplacement. Ajoutez peu à peu de l'alcool dilué, jusqu'à ce que vous ayez retiré 2,000 grammes de liquide; faites évaporer, au bain-marie, en consistance convenable. — Dose de 0,50 centigr. à 2 grammes.

TEINTURE DE LOBELIA INFLATA.

La réputation dont jouit, aux Etats-Unis, la lobélie, dans le traitement des maladies chroniques de l'appareil respiratoire, nous engage à donner le mode de préparation de cette teinture.

Pr. Lobélie. . . . . . . . . . . . 120 grammes.
Alcool dilué. . . . . . . . . . 1,000 grammes.

Faites macérer quinze jours; exprimez et filtrez. On peut aussi la préparer par le procédé de déplacement. Dose: de 2 à 4 grammes; à plus haute dose, il y aurait des vomissements.

EXTRAIT DES FEUILLES, EXTRAIT DES SEMENCES DE DATURA-STRAMONIUM.

Ces deux préparations ont des procédés différents. Pour la première:

Pr. Feuilles de datura-stramonium. . 500 grammes.

Broyez-les dans un mortier de pierre; versez dessus un peu d'eau, exprimez le suc et, après l'avoir fait bouillir, passez et évaporez jusqu'à consistance convenable. Pour l'extrait des semences:

Pr. Semences de datura-stramonium en poudre. 374 grammes.
Alcool dilué. . . . . . . . . . . . . . Q. S.

Broyez la poudre avec 250 grammes d'alcool dilué, introduisez le mélange dans l'appareil à déplacement et versez dessus, peu à peu, l'alcool dilué, jusqu'à ce que le liquide passe incolore. Distillez pour retirer l'alcool et faites évaporer en consistance convenable. — Dose: de 0,01 à 0,02 centigr. Augmenter graduellement.

TEINTURE DE LUPULINE.

Pr. Lupuline. . . . . . . . . . . 120 grammes.
Alcool. . . . . . . . . . . . 1,000 grammes.

Faites macérer quinze jours et filtrez. — Bonne préparation hypnotique, très-utile contre les érections nocturnes de la blennorrhagie et la spermatorrhée. — Dose : de 2 à 8 grammes.

Nous préférons toutefois l'usage de la substance même donnée, à la dose de 0,75 centigr. à 1 gramme, enveloppée dans du pain azyme.

---

INFUSION DE BUCHU (*infusum Diosmæ*).

Les feuilles du buchu, *diosma* ou *barosma serratifolia*, de la famille des rutacées, sont un médicament dont l'emploi se généralise tous les jours, en Angleterre et en Amérique, à titre de diurétique stimulant, dans les maladies chroniques des voies urinaires.

| | | |
|---|---|---|
| Pr. | Feuilles de buchu. . . . . . . . | 30 grammes. |
| | Eau bouillante. . . . . . . . . | 500 grammes. |

Faites digérer deux heures, en vase clos, et passez. — Dose : de 30 à 60 grammes par jour.

---

EXTRAIT LIQUIDE DE SÉNÉ (*teinture alcoolique composée*).

| | | |
|---|---|---|
| Pr. | Séné en poudre grossière. . . | 1,000 grammes. |
| | Sucre. . . . . . . . . . . . . | 600 grammes. |
| | Essence de fenouil. . . . . . | 4 grammes. |
| | Esprit d'éther composé. . . . | 6 grammes. |
| | Alcool dilué. . . . . . . . . . | 2,000 grammes. |

Mêlez le séné avec l'alcool dilué et laissez-les en contact vingt-quatre heures. Introduisez le mélange dans un appareil à déplacement et versez peu à peu de l'eau mêlée d'un tiers en poids d'alcool, jusqu'à ce que vous ayez retiré 7,500 grammes de liquide. Faites évaporer, au bain-marie, jusqu'à réduction à 500, filtrez; ajoutez le sucre, et la dissolution opérée, ajoutez l'esprit d'éther composé, tenant l'essence de fenouil en dissolution.

Dose : de 4 à 8 grammes, dans une potion appropriée. — Purgatif tonique, très-employé aux Etats-Unis, dans la dyspepsie.

Le café couvrant très-bien la saveur amère du séné, on rendrait la préparation plus agréable en faisant intervenir cette substance. X.

---

NOUVELLE OBSERVATION PRATIQUE POUR CONSERVER LES LIQUIDES.

Tous les praticiens savent que le peu d'air atmosphérique renfermé dans une bouteille acidifie les vins, oxygène les huiles ou dispose les sirops à fermenter.

Nous respectons tous les moyens qui ont été proposés jusqu'à ce jour pour parer à cet inconvénient, et, quoique nous-même nous ayons apporté notre quote-part d'observations sur ce sujet, nous n'en venons

pas moins offrir à nos confrères un nouveau mode de chasser l'air contenu dans une bouteille.

Notre procédé est simple, d'une exécution facile, peu dispendieux à pratiquer; avec lui, la casse des vases est impossible.

Ce moyen consiste à placer entre le col de la bouteille et le bouchon, un tube légèrement conique, qui permet à l'air de s'échapper pendant tout le temps qu'il sera comprimé, ou qu'un liquide chauffé d'après la méthode d'Appert le dilatera.

Que l'on se figure un tube en fer ou en acier, de 7 millimètres de circonférence sur 15 centimètres de longueur, fendu par la moitié de son diamètre et dans toute sa longueur.

Si l'on place la partie creuse du tube sur le verre tandis que la partie ronde est comprimée par le liége, il en résultera que l'orifice du tube qui plonge dans le vide de la bouteille donnera la liberté à l'air au fur et à mesure qu'il sera comprimé par le bouchon que l'on introduira dans la bouteille; l'air se raréfiera d'une manière complète si on élève la température du liquide, et le vide se maintiendra dans la bouteille si on enlève le tube avant son parfait refroidissement.

On conçoit que dans la circonstance, le liége étant très-élastique, il se distend, et reprend sa forme première sitôt que l'on a enlevé le tube qui le comprimait; de là le vide parfait.

STANISLAS MARTIN, pharmacien.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

### OBSERVATION DE CALCUL DANS LES FOSSES NASALES. — ERREUR DE DIAGNOSTIC. — EXTRACTION. — GUÉRISON.

Le fait suivant nous semble digne d'être placé sous les yeux des praticiens, non-seulement à cause de la rareté de la lésion, mais surtout en raison des enseignements qu'il fournit.

M^me^ Delaveau, propriétaire à Obterre, département de l'Indre, n'ayant jamais été malade, jouissait encore d'une bonne santé, lorsqu'il y a sept ans, étant entrée dans une étable, elle reçut sur le côté droit du nez un coup de corne d'un taureau. Ce coup, qui ne fut pas assez fort pour la terrasser, entraîna cependant un petit écoulement de sang par la narine. Elle ne consulta personne et ne fit aucun traitement.

Un mois s'était écoulé, que M^me^ Delaveau ressentait toujours une petite douleur dans la partie blessée, et cette douleur augmentait par la pression. Les choses étaient restées dans cet état pendant huit

à dix mois, époque à laquelle un écoulement nasal plus abondant et plus fétide du côté droit que du côté gauche se manifesta. Ce fut alors que M[me] Delaveau consulta un médecin, qui prescrivit des bains de vapeur aromatiques et des inspirations d'eau chaude mucilagineuse.

Plus tard, environ un an après l'accident, cette dame crut ressentir dans la narine un petit corps flottant qu'elle chercha plusieurs fois à faire saisir, mais en vain. Peu préoccupée de ce nouvel état, elle abandonna tout aux soins de la nature pendant deux ans.

Cependant l'écoulement par la narine malade continuait toujours plus abondant et plus fétide, la région nasale tout entière prenait de la tuméfaction, et cet état s'étendait jusqu'à la joue et à la paupière inférieure du même côté; le petit corps flottant dans la narine avait perdu sa mobilité, et ne la recouvrait faiblement qu'à de longs intervalles et dans les efforts d'éternument. Plusieurs médecins furent successivement consultés, et tous se bornèrent à des moyens palliatifs et à des soins de propreté. La santé d'ailleurs était encore bonne; mais l'abondance de la suppuration, jointe à son extrême fétidité, amena progressivement le dégoût, l'amaigrissement et le marasme. Voici dans quel état nous trouvâmes cette malade le 15 juin 1850, sept ans après le coup dont nous avons parlé.

En entrant dans la chambre de la malade, accompagné du docteur Fouliou, chambre assez vaste, du reste, et bien exposée, une odeur *sui generis*, et que nous prîmes pour être celle de la gangrène, nous vint au nez. Nous apprîmes que toutes les personnes du voisinage évitaient d'approcher du lit de cette femme, tant l'odeur était repoussante. Nous eûmes la pensée, *à priori* et d'après tout ce qui nous avait été raconté, que nous nous trouvions en présence d'un *noli me tangere*, pour lequel l'art était impuissant. Cependant il fallait explorer. C'est une pauvre femme, faible, pâle, décolorée, étendue le plus souvent dans son lit, n'ayant plus ni appétit, ni sommeil, et dont toute la maladie est concentrée au milieu de la face.

Une tumeur, du volume d'un petit œuf, occupe le côté droit du nez, et s'étend depuis l'orifice de la narine jusqu'à la paupière inférieure du côté correspondant. Ce voile membraneux est rouge, boursouflé, et se confond, au grand angle de l'œil, avec une plus petite tumeur qui paraît être formée par la distension du sac lacrymal; il y a épiphora. Mais la principale tumeur, dont la base correspond à l'apophyse montante du maxillaire supérieur, est rouge, très-douloureuse à la pression, et le siége d'élancements. Deux fistules existent, l'une près le grand angle de l'œil et sans communication avec le sac lacrymal, l'autre à peu près au milieu du sillon de séparation du nez et de la joue; toutes

deux laissent échapper une matière puriforme dont le contact sur la joue a produit un érythème avec excoriation. Le pourtour de la narine du côté droit et la peau de la lèvre supérieure sont également le siége d'érosions douloureuses entretenues par l'écoulement abondant et incessant d'un ichor d'un jaune grisâtre, d'une odeur *sui generis* et extrêmement repoussante. Un stylet d'argent plongé dans ce liquide est au même instant noirci par la production d'une couche de sulfure d'argent. Le même instrument, introduit d'abord par la narine et ensuite par l'une et l'autre fistule, permet de reconnaître la présence d'un séquestre; et comme cette exploration est très-douloureuse, c'est à grand' peine si l'on peut constater qu'il y a de la mobilité. Cependant, après des explorations successives, nous constatons facilement que le corps étranger est mobile. Dès ce moment, nous concevons la possibilité d'une opération, et le 16 juillet 1850 elle est pratiquée, après avoir convenablement préparé la malade.

L'opération fut des plus simples; après un léger débridement de la narine, une pince à pansement fut introduite dans la direction du corps étranger, qui fut saisi après quelques tâtonnements et ramené au dehors, entraînant après lui une légère hémorrhagie et une grande quantité de la matière ichoreuse dont nous avons parlé. Nous pratiquâmes de nombreuses injections d'eau tiède; celles-ci ramenaient quelques débris de la couche calcaire qui enveloppait le corps étranger. Le doigt auriculaire, introduit dans la cavité nasale, permit de constater que cette dernière était dégarnie d'une partie du cornet inférieur et libre de toute production morbide. — Injections émollientes souvent répétées; potages gras, vin vieux étendu d'eau.

Les 17 et 18 juillet, il n'y a pas de fièvre; l'odeur infecte a beaucoup diminué, ainsi que l'écoulement; l'appétit se développe.

Les 20, 22 et 26 juillet, la malade est très-satisfaite; elle reprend ses forces; les digestions s'opèrent bien; le sommeil est parfait. — Injections d'eau d'orge miellée.

Le 7 août, l'écoulement nasal prend les caractères du pus de bonne nature; les pustules sont presque taries, les deux tumeurs nasales sont affaissées, la peau a perdu sa rougeur inflammatoire; l'épiphora a cessé. La malade est dans l'état le plus satisfaisant et est entièrement rétablie à la fin du mois d'août, si ce n'est qu'elle conserve encore beaucoup de faiblesse.

Aujourd'hui, 1er septembre 1851, quatorze mois après l'opération, Mme Delaveau se porte bien, et ne conserve aucune difformité.

Au premier aspect, ce corps étranger ressemble à un séquestre qui aurait longtemps séjourné au milieu d'une cavité en suppuration.

Irrégulièrement hérissé de crêtes et d'aspérités, sa forme aplatie permet de lui considérer deux faces et quatre bords. Son poids est de 7 grammes 1 décigramme; son plus grand diamètre est de plus de 3 centimètres. De ses deux faces, l'une est plane et sillonnée par de petites aspérités; l'autre, opposée à la première, est beaucoup plus irrégulière et surmontée de deux éminences; l'une plus petite, à facettes anfractueuses, et partant raboteuse; l'autre se détache en forme de promontoire au-dessus de la première, et est comme criblée d'une multitude de petites stalactites qui paraissent reposer dans un tissu spongieux et dur. La couleur de ces éminences est d'un gris sale; le reste du calcul est jaunâtre, et d'un jaune d'ocre sur l'un de ses bords. Deux de ceux-ci seulement se rencontrent à angle droit; les deux autres se confondent en deux ou trois lamelles, comme tranchantes, jaunâtres et grisâtres, irrégulièrement découpées et hérissées de petites stalactites.

Sous la couche jaune et grise qui enveloppe le calcul, couche corticale d'un demi-millimètre à un millimètre d'épaisseur, et qui s'écaille sous la pression d'une pince à pansement, se trouvent plusieurs couches successives et concentriques qui deviennent tout à fait blanches, puis couleur de café non torréfié, et enfin, au centre, présentent un aspect lamellaire comme raréfié et d'une couleur plus foncée.

En pratiquant un trait de scie suivant l'un des diamètres, on trouve que la couche corticale se laisse facilement pénétrer, puis la scie pénètre plus difficilement en se rapprochant de ces lamelles que nous avons décrites. Au reste, le calcul se casse aisément, et il est impossible de reconnaître, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, aucun rudiment de substance osseuse. Désirant conserver cette pièce dans son intégrité, nous nous sommes abstenu de la soumettre à l'analyse chimique.

D'après les détails dans lesquels nous sommes entré en commençant le récit de cette observation et d'après la nature de la cause (choc extérieur), on est conduit à admettre que le coup de corne de taureau, porté sur l'un des côtés du nez de M^me Delaveau, a pu et dû provoquer la formation d'un séquestre dans les fosses nasales, séquestre formé probablement aux dépens de l'un des cornets, l'inférieur; car celui-ci n'a pu être retrouvé après l'opération. Ce séquestre, tout spongieux, sera devenu le noyau d'un calcul qui, dans l'espace de six à sept ans, a pris les proportions que nous avons indiquées. C'est un fait nouveau à ajouter à ceux que M. Demarquay a recueillis, et dont il a publié une note dans les Annales de la chirurgie française.

Ce fait nous a paru intéressant, au sujet des erreurs de diagnostic

auxquelles il a donné lieu ; erreurs commises sans doute en grande partie par l'odeur *sui generis* extrêmement fétide dont était accompagnée l'abondante suppuration qui se faisait à la fois et par les fistules, et surtout par la narine du côté droit.

De tels désordres avaient donné lieu à une fièvre de consomption et qui semblait conduire promptement la malade au tombeau, lorsque, l'extraction du corps étranger une fois faite, tous les graves accidents s'arrêtèrent et l'équilibre de la santé se rétablit peu à peu. Il y a maintenant plus de quatorze mois que l'opération a été faite, et rien d'anormal ne s'est présenté ni dans l'état général, ni dans les fosses nasales.

Si les praticiens de la province sont moins bien placés que ceux des capitales pour recueillir et rassembler des faits plus ou moins assimilables, il est vrai de dire aussi que les premiers ont le précieux avantage d'avoir presque toujours leurs malades sous les yeux, de les connaître souvent depuis longtemps et même depuis l'enfance, et, dès lors, de pouvoir recueillir des données complètes et entières sur les causes, la marche, la terminaison immédiate et éloignée de leurs maladies.

J. Mascarel,
Chirurgien en chef de l'hôpital de Châtellerault.

## BIBLIOGRAPHIE.

*Traité de matière médicale et de thérapeutique,* tome XIV de la *Bibliothèque des médecins praticiens.* — Un volume in-8°, chez J.-B. Baillière.

Des deux derniers volumes qui complètent cette œuvre considérable, sur laquelle nous avons, à diverses reprises, appelé l'attention des praticiens, comme résumant les connaissances de notre époque sur les diverses branches de l'art de guérir, il en est un dont l'examen, en raison des matières qu'il traite, nous incombe particulièrement. Ce volume nous fournira, d'ailleurs, l'occasion de jeter un coup d'œil rapide sur la doctrine italienne, la doctrine du contro-stimulus ou dynamique. En effet, bien que l'auteur, au mérite duquel nous nous plaisons à rendre hommage, ait montré la plus grande impartialité dans l'exposition des résultats acquis dans toutes les écoles, dans tous les systèmes, en laissant à chacun sa propre responsabilité; bien que son livre soit un véritable répertoire comparé des faits et des doctrines thérapeutiques les mieux acquis, sans participation exclusive à tel ou tel des systèmes dominants, il est facile de voir, à la complaisance

avec laquelle il présente et fait valoir les données de la doctrine du contro-stimulus, que ses sympathies lui sont acquises depuis longtemps, et que, n'était la position particulière dans laquelle il se trouve placé, il n'hésiterait pas à arborer ouvertement les couleurs de cette doctrine et à en poursuivre vigoureusement les adversaires.

Nous avons peu de goût pour les discussions théoriques et abstraites; mais, ici, derrière une question de classification se cache tout un ensemble, toute une manière de comprendre l'action des médicaments et d'en faire usage. On nous pardonnera donc de consacrer quelques lignes à une discussion de ce genre. L'auteur du Traité de matière médicale et de thérapeutique que nous avons sous les yeux (pourquoi ne le nommerions-nous pas, puisque son nom n'est un mystère pour personne, et que cette œuvre nouvelle ne peut qu'ajouter à l'opinion favorable que les médecins ont de son talent et de ses connaissances en thérapeutique), M. Rognetta a exposé cette doctrine avec une grande habileté; et bien qu'il y ait quelques différences entre la manière dont il l'expose et celle suivant laquelle elle a été présentée par d'autres, et en particulier par Giacomini, ces différences sont trop peu de chose pour que nous n'acceptions pas cette exposition pour base de la discussion. « L'école italienne, dit M. Rognetta, établit d'abord que les effet dits évacuants, calmants, toniques, stupéfiants, etc., sont secondaires, extrinsèques, variables, communs à tous les médicaments dans certaines conditions, et ne peuvent servir d'appréciation exacte à l'action essentielle, intrinsèque, invariable du médicament, action qui, dépendant de conditions physiques constantes, ne saurait changer au fond. L'école italienne, ajoute-t-il, rejette comme chimériques les doctrines iatro-chimiques et des révulsions ; elle distingue essentiellement, dans chaque médicament, l'action locale, mécanique, ou physico-chimique, de l'action interne ou générale qu'elle appelle dynamique, celle qui succède à l'absorption du médicament, à son passage dans le torrent circulatoire, à son impression sur le système nerveux ganglionnaire ou de la vie organique, et qui se manifeste par une modification dans la force fondamentale des organes, et par suite dans leurs sécrétions. Cette action offre deux variétés : l'hypersthénie et l'hyposthénie, c'est-à-dire une puissance qui élève ou qui abaisse le rhythme de la force des organes. De là, deux grandes classes de médicaments, les hypersthénisants ou excitants, et les hyposthénisants ou affaiblissants, appelés aussi antiphlogistiques. Ce qu'on appelle l'action élective des médicaments n'est, au fait, que l'action dynamique; seulement elle se déclare plus particulièrement vers tel ou tel appareil d'organes, selon la nature particulière du composé, et par des altéra-

tions spéciales dont on ignore le mécanisme. Les maladies créent dans l'organisme une disposition accidentelle à recevoir telle ou telle classe de médicaments, sans manifester les effets qu'ils produisent ordinairement dans l'état physiologique ; c'est ce que, depuis Rasori, on appelle la tolérance morbide, tolérance dont le degré dépend de l'intensité de la diathèse et règle les doses des médicaments à administrer tolérance, enfin, qui diminue avec l'affaiblissement de la condition pathologique et disparaît avec celle-ci. »

Telle est, réduite à sa plus simple expression, la doctrine du contro-stimulus. Il ne nous en coûte nullement de reconnaître les services qu'elle a rendus à la thérapeutique moderne. Quoi de plus fondé, par exemple, que cette distinction entre l'action locale et l'action dynamique ou générale ? Quelle plus intéressante découverte que celle de cette tolérance de l'organisme morbide pour certains médicaments, tolérance dont le tartre stibié dans la pneumonie, et l'opium dans les affections nerveuses, nous fournissent si souvent des exemples ? Mais si nous passons aux détails, quelle surprise n'éprouvons-nous pas de voir cette doctrine nier les effets primitifs des évacuants, des stupéfiants, des calmants, rejeter les applications de l'iatro-chimie et la doctrine de la révulsion ? Quoi de moins soutenable que cette distinction des médicaments en deux groupes seulement, dichotomie malheureuse qui a conduit le célèbre Giacomini à mettre violemment dans l'une ou l'autre de ces deux classes les médicaments les plus opposés ? Il y a plus, c'est que si l'on prenait au pied de la lettre ce que dit le contro-stimulisme de l'action dynamique et de la tolérance, on serait exposé à de grandes erreurs, et souvent même à de cruels déboires. Pour l'action dynamique, par exemple, l'action élective de certains médicaments montre que si l'action thérapeutique est subordonnée à l'absorption du médicament, cette absorption porte le médicament sur l'organe qui doit en sentir l'action d'une manière spéciale, et toute locale certainement. C'est en vain également que la doctrine rasorienne maintient ce que son illustre fondateur a dit de la tolérance. Oui, la tolérance existe ; mais il n'est pas prouvé qu'elle ait lieu pour tous les médicaments et pour toutes les maladies ; elle n'existe pas aussi, à beaucoup près, dans tous les cas, et loin de disparaître avec la cessation de l'état morbide, elle lui survit, comme si l'économie était, en quelque sorte, habituée, familiarisée avec l'action du médicament.

Que reste-t-il donc, après cela, de la doctrine italienne ? ce qui reste de tous les systèmes, de toutes les doctrines absolues et exclusives : un coin, un lambeau de vérité, avec beaucoup d'erreurs. Mais cette doctrine a, à nos yeux, un grand mérite : elle a imprimé à l'é-

tude des médicaments une activité inconnue jusqu'à elle ; elle a varié le mode d'administration des agents thérapeutiques, elle a montré la diversité de leurs effets, suivant les doses auxquelles on les administre ; elle a cherché à séparer les effets locaux, directs, immédiats, des effets éloignés, indirects ; elle a enfin agrandi le champ de nos ressources thérapeutiques.

La doctrine du contro-stimulus a donc une place marquée dans l'histoire de notre science, et si nous ne pouvons partager l'enthousiasme, par trop patriotique, que notre honorable confrère, M. Rognetta, professe pour elle, nous ne devons pas moins le remercier d'avoir voulu faire passer dans les esprits un grand nombre des vérités que cette doctrine a mises au jour, et qui, peu connues en France, méritaient de figurer dans un traité moderne de matière médicale et de thérapeutique. A ce titre, aussi bien que par la manière dont il résume l'état actuel de la science, le traité dont nous venons de rendre compte mérite de trouver place dans la bibliothèque de tous ceux qui, livrés à la rude pratique de l'art de guérir, sont heureux d'avoir sous la main un ouvrage qui puisse leur fournir des indications et des notions positives sur la valeur, le cercle et le mode d'application des divers agents de la matière médicale.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

*Luxation de l'épaule compliquée de paralysie du bras ; opportunité de la réduction posée par l'électrisation.* — Chaque fait nouveau qui s'introduit dans la science en modifie plus ou moins les enseignements. La découverte des agents anesthésiques a déjà agrandi le champ des moyens chirurgicaux dans les cas de luxations anciennes ; les données fournies par les études électro-musculaires viennent l'élargir encore. Ainsi, lorsqu'une luxation ancienne se trouvait compliquée de paralysie du bras, il était d'une sage pratique de ne faire aucune tentative, puisqu'elle devait avoir seulement pour résultat de faire disparaître une difformité. Aujourd'hui que l'on possède, dans l'emploi de l'électrisation localisée, un moyen de triompher de la paralysie, il y aura opportunité de réduire, toutes les fois que cela sera possible. L'électricité constitue une nouvelle ressource thérapeutique dont la chirurgie doit tenir compte, mais elle n'en est pas encore arrivée là, témoin le fait suivant.

Le 20 juillet dernier, un garde général des forêts, âgé de vingt-sept ans, M. Ch., en voulant sauter d'une voiture, tombe les deux bras en avant. Pas de perte de connaissance au moment de l'accident, abo-

lition complète des mouvements volontaires du bras droit. Les souvenirs confus du malade ne lui permettent pas d'affirmer si la perte de la sensibilité suivit immédiatement la chute. Le médecin qui le vit immédiatement après l'accident crut reconnaître une fracture de l'humérus, et appliqua un appareil approprié, qui resta en place pendant quarante jours. Au bout de ce temps, le malade, s'inquiétant de voir son bras paralysé, consulte un autre chirurgien, qui constate une luxation scapulo-humérale. M. Ch. se décide immédiatement à partir pour Paris, et entre le 1$^{er}$ septembre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Velpeau. Après deux tentatives infructueuses de réduction, tentatives dans lesquelles les liens extenseurs avaient été appliqués à la partie inférieure du bras, le malade quitte la Charité pour entrer à l'hôpital Saint-Louis, dans les salles de M. le professeur Malgaigne. Ce chirurgien, en présence des tentatives inutiles pratiquées par son collègue, pense que l'emploi des moufles parviendrait seul à triompher des complications créées par l'ancienneté du déplacement; mais la paralysie du bras, qui accompagne la luxation, le porte à ne pas y avoir recours.

Lorsque ce malade sortit de l'hôpital, un des élèves du service, héritier d'un nom célèbre en chirurgie, eut l'idée de conduire M. Ch. chez M. Duchenne. L'examen par l'électrisation localisée dans chacun des muscles paralysés permit de porter un pronostic favorable. A l'exception du deltoïde, tous les muscles du bras avaient conservé leur contractilité électrique; ceux de la main et de l'avant-bras, moins le grand et le petit palmaire en étaient privés. La perte de l'irritabilité musculaire est beaucoup moins étendue dans ce cas qu'elle ne l'était dans celui de Vambelle, dont nous avons rapporté l'observation dans notre dernière livraison; puisque ce dernier a guéri de sa paralysie par l'emploi de l'électricité, nul doute que le même résultat n'eût été obtenu chez M. Ch., et beaucoup plus rapidement, puisque la lésion des troncs nerveux du plexus brachial est moins considérable. La paralysie n'était donc pas, dans ce cas, un motif de non-intervention.

Le fait que nous venons de rapporter est intéressant à plus d'un titre. Ast. Cooper, en traitant des luxations, dit qu'il est peu d'accidents qui soient de nature à compromettre plus la réputation d'un praticien, quand ils ne sont pas reconnus immédiatement. Une luxation méconnue et restée non réduite devient, en effet, un témoignage vivant de l'ignorance ou de l'inattention du chirurgien ; ce cas en est un exemple. Nous ne voulons pas discuter la conduite réservée des professeurs Velpeau et Malgaigne, il nous suffit d'avoir posé l'opportunité de la réduction de la luxation. Quel est le sort réservé à ce malade ? Les mouve-

ments volontaires reviendront spontanément dans les muscles de l'épaule et du bras, puisqu'ils ont conservé leur contractilité électrique; mais le malade en bénificiera peu, à cause du déplacement des surfaces articulaires. Le plus important serait de pouvoir lui rendre les mouvements de la main et de l'avant-bras ; or, l'essai d'un traitement par l'électricité peut seul dire si la pression exercée par la tête de l'humérus sur le plexus brachial permettra aux troncs nerveux qui animent les muscles de l'avant-bras et ceux de la main, de revenir à des conditions anatomiques telles qu'elles puissent transmettre de nouveau l'influx nerveux.

---

*Fracture transversale de l'angle inférieur de l'omoplate, produite par l'action musculaire.* — M. le docteur Gensoul, de Lyon, membre correspondant de la Société de chirurgie, vient de lui adresser le fait suivant : « Une question de responsabilité médicale, relativement à un cas de fracture de l'omoplate, est actuellement soumise au jugement des tribunaux (1). Je ne connais que très-imparfaitement les faits de la cause, et ne puis avoir l'intention d'intervenir dans le débat; mais parmi plusieurs cas de fracture de l'omoplate que j'ai observés, il en est un qui est tellement rare, qu'il sera, je pense, lu avec intérêt. Les conclusions à tirer de ce fait sont tellement évidentes, que je dois me borner à le rapporter.

« Le nommé Revenu, cultivateur à Sainte-Foy-lez-Lyon, se présenta dans mon cabinet le 3 février 1834. Il se plaignait d'une douleur vive au bas de l'épaule lorsqu'il exécutait des mouvements. La veille, me dit-il, en descendant une côte très-rapide et pavée, mon pied droit a glissé; j'ai failli tomber en arrière sur le dos, mais je me suis retenu sur la main droite et me suis redressé, sans que mon dos ait *touché* la terre. Je souffrais un peu ; mais comme je n'étais pas tombé, je regagnai mon domicile, pensant que la douleur disparaîtrait bientôt ; mais aujourd'hui je souffre davantage, et je viens me faire examiner. Je fis dépouiller de ses vêtements cet homme vigoureux, alors âgé de quarante-huit ans, et je reconnus une fracture transversale de l'angle inférieur de l'omoplate. Le fragment inférieur était si sensiblement écarté qu'en portant l'épaule en arrière il était facile de le mouvoir, de le

(1) Un de nos correspondants, qui se trouve être l'un des deux confrères auxquels M. Demeaux a fait allusion dans l'observation adressée à la Société de chirurgie, nous prie de rectifier quelques-unes des assertions contenues dans l'exposé du fait. Comme nous n'avons été, par la publication du rapport, que l'écho de la Société, nous avons cru mieux faire en lui soumettant cette protestation. (*Note du rédacteur en chef.*)

faire crépiter contre le corps de l'omoplate. Le docteur Perouse, mon secrétaire à cette époque, constata sans peine et à l'instant cette fracture, qui se reconnaissait, passez-moi l'expression, à pleine main. Il était évident que les efforts spontanés et convulsifs du muscle grand rond et des faisceaux musculaires du grand dorsal, qui s'insèrent à l'angle inférieur de l'omoplate, avaient rompu cet os et détaché son angle inférieur ; cependant l'action des autres muscles du tronc avait suffi pour que le malade pût se redresser et regagner son domicile sans douleur trop vive et sans qu'il fût privé de mouvoir son bras. Je plaçai le bras demi-fléchi, appuyé sur les côtés du tronc ; je le maintins dans cette position quarante-cinq à cinquante jours, et la guérison a été si complète que, quelques mois après, il était impossible de reconnaître le lieu de la fracture.

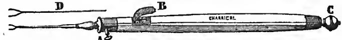
« Dans le courant de l'année 1848, le même malade se présenta de nouveau dans mon cabinet ; il venait de tomber sur le dos en marchant dans une rue dont une pluie fine avait rendu les pavés glissants : le côté gauche et postérieur du tronc avait violemment frappé le sol. A peine eut-il dépouillé ses vêtements que, portant la main sur l'angle inférieur de l'omoplate gauche, je reconnus une fracture semblable à celle que j'avais constatée quatorze ans auparavant à l'angle de l'omoplate du côté opposé. Les mouvements du bras étaient douloureux, mais ils pouvaient s'exécuter presque dans tous les sens. Le traitement fut le même ; la guérison eut lieu de la même manière. Aujourd'hui, le malade travaille la terre avec vigueur, malgré ses soixante-six ans. Je dois ajouter que Revenu n'a jamais été affecté de maladies vénériennes, n'a jamais éprouvé d'autres fractures, et la seule prédisposition que l'on pourrait supposer chez cet homme robuste serait une petite épaisseur congéniale des tissus osseux des omoplates. »

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

**CATARACTES** *fausses membraneuses secondaires* (*Extraction des*) *au moyen de la serretèle.* Serretèle, comme qui dirait serre-toile, tel est le nom ingénieux donné par M. Desmarres à un instrument, inventé par M. Charrière, pour aller saisir les toiles opaques de la cataracte fausse membraneuse. Pour comprendre l'utilité de cet instrument, il faut se rappeler les difficultés que présente l'opération dans les cas de ce genre. Qui n'a vu la fausse membrane séparée de toutes ses adhérences, facilement entraînée par l'aiguille au-dessous de la pupille, remonter toujours et à l'instant même dans cette ouverture, malgré les efforts du chirurgien? Qui n'a vu encore les autres fausses membranes secondaires retenues à l'iris par un filament extensible, se laisser déprimer où l'on veut sans difficulté, et remonter dans la pupille aussitôt que l'on abandonne la pression, ressemblant parfaitement à une petite soupape jouant sous l'action de l'aiguille, et reve-

nant inévitablement fermer de nouveau la pupille aussitôt que l'instrument s'éloigne? Dans ces circonstances, l'opération devient absolument nulle et absolument inutile, et il faut, sinon la recommencer plus tard, au moins en chercher une autre au moyen de laquelle on puisse enfin rendre la vue à l'œil que l'on aura tant de fois opéré. C'est cette lacune que la serretèle est appelée à combler.

L'instrument est engagé dans la plaie scléroticale. Il presse alors avec le tranchant de l'aiguille sur l'angle postérieur de cette plaie, pour l'agrandir un peu, afin de rendre plus facile l'introduction de la serretèle dans l'œil, et surtout la sortie de la cataracte fausse membraneuse, quand elle aura été saisie. L'aiguille est abandonnée aussitôt et remplacée par la serretèle, que le chirurgien saisit comme une plume




à écrire, et introduit dans l'œil par la petite plaie scléroticale, en ayant soin jusque-là de tenir les mors de la pince exactement rapprochés l'un de l'autre. L'extrémité de l'instrument est conduite tout près du bord de la fausse membrane, que l'on pousse au besoin, pour qu'elle se présente convenablement, et la pince ouverte aussitôt se referme sur la cataracte, qu'une pression convenable du pouce sur la bascule contenue dans le manche de l'instrument, maintient solidement saisie; le chirurgien entraîne alors doucement la fausse membrane, en ramenant à lui la serretèle, et prend le plus grand soin, s'il veut éviter de briser dans la plaie scléroticale les débris de la cataracte : 1° de faire sortir l'instrument exactement par le milieu de cette plaie, et non en l'appuyant contre l'un de ses angles; 2° de tenir les mors horizontalement dans la plaie pour éviter à la cataracte le frottement des lèvres de celle-ci; 3° de tirer brusquement l'instrument au dehors, quand les deux conditions ci-dessus sont remplies, afin que la plaie de la sclérotique, en quelque sorte surprise, n'ait pas eu le temps de revenir sur la cataracte. — M. Desmarres n'a eu, à ce qu'il paraît, qu'à s'applaudir d'avoir mis en pratique cet instrument, dont la manœuvre est des plus faciles, et il n'entreprend même jamais une opération de cataracte fausse membraneuse secondaire, sans l'avoir sous la main. (*Annales d'oculistique*, 1852.)

La serretèle, ainsi qu'on le peut voir par la gravure ci-jointe, n'est autre chose qu'une pince très-déliée et pourtant très-forte, montée sur un manche, et sur les branches de laquelle vient glisser, pour les maintenir rapprochées, une petite canule mobile. Les branches et la canule ont dans leur ensemble, lorsque l'instrument est fermé, un diamètre si petit qu'on peut les introduire dans une piqûre d'aiguille à cataracte ordinaire. Quand l'instrument est ouvert, ce que l'on obtient par un mouvement de recul de la canule, les branches s'écartent de manière à laisser entre elles un espace triangulaire, dont les côtés, fermés par les deux branches, n'ont pas plus de 3 millimètres de longueur, dont le sommet est emprisonné dans la canule même, et dont la base, mesurée par l'écartement des mors, n'a guère que 3 millimètres. Quant au glissement de la canule sur les branches, on l'obtient au moyen d'une pression convenable du pouce sur une petite bascule B placée au milieu du manche de l'instrument. Ce manche est de même forme et à peine un peu plus gros que celui de l'aiguille à cataracte ordinaire.

Pour décrire la manœuvre avec la serretèle, prenons les choses au moment où l'opérateur, fatigué de déprimer la cataracte sans résultat, est sur le point de retirer l'aiguille de l'œil : l'aiguille à cataracte, ramenée dans la pupille, y est tout aussitôt suivie par la fausse membrane qui se relève, ou qui vient, par un mouvement de bascule, remplir de nouveau cette ouverture. Le chirurgien se dispose alors à retirer l'aiguille, la ramène à lui, et s'arrête quand il reconnaît que le collet de

**CHORÉE** (*Emploi de l'iodure de potassium dans le traitement de la*). La chorée est une des maladies de l'enfance qui offrent souvent une grande résistance à nos moyens thé-

rapeutiques. Nos lecteurs ne seront donc pas fâchés que nous leur indiquions, avec un médecin anglais, M. Oke, l'iodure de potassium comme un moyen qui peut leur fournir des succès dans des cas désespérés. Peut-être, cependant, pourrait-on penser que l'iodure de potassium ne doit son efficacité qu'à la présence de l'iode, déjà recommandé par M. Manson, il y a quelques années, contre la danse de Saint-Guy. Voici, du reste, comment s'exprime M. Oke : « Les moyens qui m'ont paru les plus utiles, dit ce médecin, sont les préparations de fer et les purgatifs. Ainsi, je prescris d'abord le sesquioxyde de fer à la dose de 1 gr. 25 à 2 gramm., trois fois par jour, associé à 0,10 de poudre de cannelle composée et dans un peu de thériaque. J'en viens ensuite au calomel et à la scammonée (0,15 du premier, 0,20 de la seconde), avec 0,10 de poudre de gingembre, que je fais prendre tous les trois jours, le soir en se couchant. Dans quelques cas, j'ai remarqué que l'oxyde magnétique de fer est préférable au sesquioxyde, et je prescris cet oxyde à la dose de 1 gr. 25 à 2 gr., avec 0,10 de poudre de gingembre. Si les préparations de fer échouent, l'iodure de potassium réussit souvent, surtout si les forces du malade ont été très-affaiblies par la continuité des mouvements choréiques. Je donne 1 gr. 25 c. d'iodure dans 15 grammes de sirop d'orange et 75 gramm. d'eau distillée de menthe poivrée, une grande cuillerée, trois fois par jour, dans un peu d'eau. J'ai vu ce dernier traitement réussir d'une manière remarquable, après que tous les autres moyens avaient échoué, chez un jeune homme de vingt-un ans. Dans quelques cas, il convient de combiner les opiacés aux moyens précédents ; c'est lorsque les mouvements convulsifs ont une telle violence que l'on peut craindre de voir la maladie se terminer par la mort. Dans un cas de ce genre, dans lequel le malade, âgé de seize ans, avait dû être placé sur des matelas par terre et dans une chambre aux parois matelassées, afin qu'il ne pût se faire de mal, et ne pouvait conserver même une couverture sur lui, une potion opiacée comme suit lui fut prescrite tous les soirs : liqueur d'opium sédative, 10 gouttes ; mixture de camphre, 15 grammes ; en même temps il prenait, trois fois par jour, la potion suivante : oxyde de fer magnétique, 0,75 ; poudre d'ipécacuanha composée, 0,15 ; enfin, tous les deux jours, le matin, on lui donnait 0,50 de poudre de scammonée composée. Très-rapidement les mouvements convulsifs furent calmés, et, vingt-huit jours après son entrée à l'hôpital, le jeune malade sortait guéri. » (*Provinc. journal of med.*, 1852.)

---

**CHUTE DU RECTUM** *chez les enfants* (*Bons effets de l'opium dans les cas de*). On sait combien il est quelquefois difficile de venir à bout de cet accident si commun chez les enfants. Il suffirait, du reste, pour le prouver, de citer les moyens nombreux qui ont été proposés et mis en usage dans ce but, la réduction, les lotions, la poudre de gomme arabique, les astringents en injection, la colophane, les lavements avec du vin rouge, l'éponge maintenue appliquée sur l'anus, au moyen du bandage de Javille, et divers autres moyens indiqués par Brodie, Cooper, Sandelin, Koop ; enfin, celui dont Dupuytren a fait une méthode générale et qui, entre ses mains, a eu des succès incontestables, nous voulons parler de l'excision des plis radiés de l'anus. Il était permis de penser que les causes de la chute du rectum n'étant pas les mêmes dans tous les cas, un seul et unique traitement ne conviendrait pas ; seulement, une des causes les plus fréquentes est certainement la diarrhée, si commune chez les enfants, et le relâchement des parois intestinales qui suit les évacuations répétées. Il était donc naturel de penser qu'en employant un moyen qui, tout en réduisant le nombre des garderobes, modifierait la sensibilité de la muqueuse intestinale, on réussirait à guérir cet accident souvent si rebelle. C'est ce qu'a fait avec succès un médecin italien, M. Montini, par l'administration de l'opium à l'intérieur, sous l'influence duquel il a vu, dit-il, dans nombre de cas, non-seulement la maladie s'amender, mais encore disparaître complétement dans l'espace de quelques heures. Dans ces cas, il prescrit l'opium en pilules. Chez un jeune enfant il fait prendre, toutes les deux ou trois heures, une pilule composée d'un demi-grain d'opium au plus, avec trois grains de diascordium, que l'on donne à sec ou que l'on fait dissoudre dans une

cuillerée d'eau, jusqu'à effet somnifère; de plus, après avoir réduit l'intestin, il place sur l'anus un tampon de filasse qu'il maintient avec un bandage en T. M. Montini a rapporté les deux faits suivants, qui sont pleins d'intérêt:

Dans le premier, c'était un enfant de trois ans, affecté de chute du rectum à la suite d'une diarrhée: l'intestin était sorti de trois pouces hors l'anus; ténesme; garderobes liquides répétées; la muqueuse était d'un rouge vif, violacée dans divers points et revêtue d'une humeur muqueuse; aussitôt qu'on réduisait l'intestin, il ressortait de l'anus, devenu trop large par suite de l'affaiblissement du sphincter. Déjà on avait essayé sans succès la réduction, les lotions astringentes, la poudre de quinquina, la compression avec un bandage en T. En conséquence, après avoir réduit l'intestin et appliqué dessus un tampon de filasse avec un bandage convenable, l'enfant fut mis à l'usage des pilules d'opium et recommandé à la surveillance des parents. Quatre jours après, en le revoyant, M. Montini fut étonné de le trouver très-calme et parfaitement débarrassé de son prolapsus; il n'avait pris que quelques pilules, s'était endormi profondément, et la diarrhée ayant disparu, le prolapsus ne s'était plus reproduit.

Dans le second fait, chez une enfant de quatre ans, le prolapsus avait deux ans de date et six pouces de longueur en dehors de l'anus, avec des signes non équivoques d'intussusception. L'intestin fut réduit comme précédemment et maintenu par un bandage en T; mais deux heures après, il était sorti de nouveau. Dans ces circonstances, M. Montini pratiqua de nouveau la réduction et commença les pilules d'opium, comme dans le cas précédent. L'effet en fut des plus remarquables; car deux jours après, la guérison était complète et ne s'est pas démentie depuis. — Nous ne saurions recommander trop de réserve dans l'emploi de ce moyen; on sait en effet que l'opium peut, même à très-faible dose, occasionner des accidents très-graves. Il faudrait donc, si on l'employait, surveiller les enfants avec le plus grand soin, et ne pas porter trop haut la dose du médicament. (*Gaz. med. Lombarda*, septembre.)

---

ÉCLAMPSIE *puerpérale traitée avec succès par les affusions d'eau froide.* Il ne faudrait pas que les faits nombreux, rapportés dans ces derniers temps à l'appui de l'emploi du chloroforme dans le cas d'éclampsie puerpérale, fissent perdre de vue certains moyens qui comptent aussi des succès incontestables. Déjà, à plusieurs reprises, nous avons fait toutes nos réserves en faveur des émissions sanguines, dont la place nous paraît marquée au premier rang dans le traitement de cette cruelle affection; nous voulons aujourd'hui revendiquer aussi une place pour les affusions froides, dont tout le monde connaît et apprécie les effets remarquables dans tous les cas où le système nerveux est profondément atteint, et principalement dans les cas de convulsions et de délire. Les effets sidérants des affusions froides nous paraissent susceptibles de rendre les plus grands services dans les cas de ce genre, où un certain degré d'excitation ou de réaction n'est pas inutile pour rendre aux fonctions cérébrales leur rhythme normal. Nous trouvons et nous choisissons au hasard, dans un journal américain, le fait suivant, à l'appui de la thèse que nous défendons:

Une jeune femme de dix-huit ans, primipare, était en travail depuis plusieurs heures, lorsqu'on s'aperçut de quelques sautillements convulsifs dans la face, qui firent prendre l'alarme et appeler le docteur Booth. Les eaux s'étaient écoulées depuis quelque temps; la tête se présentait naturellement au détroit inférieur, et les parties molles étaient dans les meilleures conditions; bientôt après, les convulsions partielles furent remplacées par des convulsions générales des plus violentes. M. Booth pratiqua aussitôt l'extraction de l'enfant, qui était du sexe féminin et qui était mort; il espérait que la délivrance apporterait quelque changement dans les symptômes; il n'en fut rien. Les convulsions continuèrent avec la perte de connaissance. Pendant douze heures, le traitement le plus énergique, l'auteur ne dit pas lequel, fut employé sans résultat. Il désespérait de la vie de la malade, lorsqu'il eut l'idée d'essayer les affusions froides; seulement, au lieu de les pratiquer uniquement sur la tête, il les fit sur tout le corps, pendant plusieurs mi-

nutes, avec de l'eau fraîche qu'on venait de tirer d'un puits. On sécha avec soin la malade et on la replaça dans son lit. Une demi-heure après, elle sortit de sa stupeur, ayant toute sa raison, et ne se rappelant plus rien de ce qui lui était arrivé. Les suites de couches ne présentèrent rien de particulier. (*Southern med. and surg. Journal*, 1852.)

---

**FIÈVRE TYPHOÏDE** ( *Traitement abortif de la* ) *par le calomel à haute dose*. Ce traitement soulève une question préjudicielle. Peut-on faire avorter la fièvre typhoïde ? On sait à quelle discussion passionnée cette question a donné lieu : on sait aussi quelles solutions diverses elle a reçues, et que l'immense majorité des praticiens ne considère comme fièvres typhoïdes que les affections fébriles qui durent plus d'un septénaire, rangeant parmi les synoques prolongées celles qui ne dépassent pas cette limite. La plus grande difficulté qui s'oppose à la solution de cette question, c'est certainement celle de reconnaître à son début la maladie. Telle est même cette difficulté, dans certains cas, que beaucoup de médecins hésitent à poser un diagnostic, jusqu'au moment où la marche de la maladie et l'apparition de certains symptômes ne leur laissent plus place à l'hésitation. Voilà pourquoi on discutera encore longtemps sur la possibilité ou sur l'impossibilité de faire avorter la fièvre typhoïde. Au point de vue pratique, néanmoins, il nous semble que le praticien serait inexcusable de ne pas tenter les moyens qui ont été recommandés dans ce but. Malgré l'assimilation intime que l'on a voulu établir entre les fièvres éruptives et la fièvre typhoïde, il ne nous est pas du tout prouvé qu'il y ait dans cette dernière des altérations anatomiques aussi essentielles, et dont on puisse surtout craindre autant de troubler la marche; et voilà pourquoi les traitements abortifs ne nous répugnent pas autant qu'à beaucoup de médecins; voilà pourquoi aussi nous donnons de la publicité au traitement recommandé par le professeur Schonlein, de Berlin, et formulé d'une manière plus spéciale par le docteur Traube.

Ce traitement consiste dans l'administration du calomel à haute dose, et plusieurs fois répété. Ainsi on donne ordinairement 25 centigr. de calomel toutes les trois heures; on y revient de 5 à 8 fois dans les vingt-quatre heures, suivant les symptômes. L'effet qu'on cherche, c'est la production d'un flux abondant de bile; si les évacuations sont abondantes, verdâtres, de la consistance d'un gruau épais, il y a beaucoup à espérer que la marche ultérieure de la maladie sera arrêtée. Si, au contraire, le calomel agit comme irritant sur l'intestin, en produisant des garderobes aqueuses, il ne fait aucun bien. Mais ce qu'il faut savoir avant tout, c'est que pour attendre quelque chose de ce traitement, il faut y avoir recours dès le début, dans le premier septénaire; passé le huitième ou le neuvième jour, on ne peut guère y compter, quoiqu'on cite des cas, même au second septénaire, qui ont éprouvé une amélioration sensible de l'administration du calomel à haute dose. Enfin, la présence de la diarrhée est une contre-indication à l'emploi de ce traitement.

---

**GANGLION** *traité par l'emploi topique de l'iode aidé de la compression*. Bien que le ganglion ne constitue point une lésion grave, ce ne serait cependant pas chose indifférente que d'avoir un moyen de guérison réunissant l'innocuité à l'efficacité. Parmi les nombreux moyens proposés ou mis en usage, quelques-uns sont entièrement dépourvus de dangers, mais ils atteignent rarement leur but; telles sont les diverses applications résolutives au sulfate de zinc, au tan, à l'acétate de plomb, au mercure, etc.; d'autres, au contraire, plus efficaces, sont douloureux et quelquefois même suivis d'accidents plus ou moins graves; tels la ponction, l'incision, le séton, etc. M. le docteur Rottenburg, à qui sa position comme médecin de l'armée fournit de fréquentes occasions d'observer des ganglions, devenus très-communs chez les soldats de l'armée belge depuis qu'ils sont astreints à des exercices gymnastiques journaliers, préconise, au double titre de moyen à la fois efficace et innocent, l'emploi topique de l'iode aidé de la compression, qui lui a donné plusieurs fois des succès complets.

La première fois que M. Rottenburg a eu recours à ce mode de traitement, c'était chez un enfant affecté d'une hydrocèle enkystée du cordon spermatique. La tumeur, de

la grosseur d'un œuf de poule, se prolongeait vers le canal inguinal. Il prescrivit: frictions sur la tumeur, deux fois par jour, avec un mélange de teinture d'iode et d'eau (deux parties de teinture pour une partie d'eau); application d'un spica médiocrement serré; un purgatif tous les trois jours. Sous l'influence de ce traitement, la tumeur diminua sensiblement de volume, et au bout de trois semaines elle avait entièrement disparu. La permanence de la guérison fut constatée un an après.

Quelque temps après, une femme vint réclamer ses soins pour un ganglion de la grosseur d'une noisette, ayant son siége sur le dos de la main droite. Cette femme avait déjà employé, sans succès, les frictions mercurielles, les solutions d'acétate de plomb et d'hydrochlorate d'ammoniaque, et elle désirait vivement être débarrassée de ce ganglion. Il prescrivit la pommade iodurée, dans la proportion d'une partie d'iodure de potassium sur quatre parties d'axonge, en frictions sur la tumeur, et une légère compression exercée avec une petite bande. Le kyste disparut en moins de vingt jours et ne reparut plus.

Depuis cette époque, M. Rottenburg a eu plusieurs autres fois l'occasion de traiter cette affection de la même manière, et il l'a toujours fait avec le même succès.

Le moyen très-simple que M. Rottenburg paraît avoir employé jusqu'ici, avec succès, dans tous les cas qui se sont présentés à son observation depuis son premier essai, est à enregistrer et à recommander aux praticiens. Nous croyons devoir rappeler cependant à cet honorable praticien qu'il existe un procédé qu'il n'a point mentionné, n'en ayant point eu connaissance encore, sans doute, et qui, en cas d'insuccès de sa méthode, doit être préféré à tous les moyens chirurgicaux énumérés en tête de cette note, c'est la ponction sous-cutanée suivie de la compression, associée ou non à l'injection iodée. (*Gaz. des Hôp.*, octobre 1852.)

---

**GRENOUILLETTE** (*Nouveaux faits à l'appui des injections iodées dans le traitement de la*). On sait que c'est à M. Bouchacourt qu'appartient l'idée d'avoir injecté la teinture d'iode dans la cavité de la grenouillette, comme moyen d'obtenir la guérison radicale. Depuis, cet exemple a été suivi par plusieurs chirurgiens, et M. Maisonneuve disait dernièrement, à la Société de chirurgie, s'être très-bien trouvé de cette pratique. Nous avons sous les yeux deux nouveaux faits très-intéressants, publiés par M. Borelli de Turin.

On sait que la méthode suivie par M. Borelli dans les injections iodées diffère un peu de celle qu'on suit généralement. En effet, ce chirurgien se borne à faire une ponction oblique dans la cavité, avec une longue lancette très-aiguë, et, le liquide écoulé, il glisse dans la plaie l'extrémité d'une petite seringue, remplie de teinture d'iode pure, laisse écouler un peu du liquide, celui qui sort naturellement, et bouche la petite plaie avec du collodion. M. Borelli a donné à cette méthode le nom de méthode à injection unique, parce que, suivant lui, avec l'injection de teinture d'iode pure, on peut obtenir, en une seule fois, la guérison de certaines accumulations de liquide dans les cavités séreuses et muqueuses normales, telles que l'ascite, l'hydrocèle, le ganglion, l'hydarthrose, la grenouillette, tandis que, dans les cavités anormales, on ne réussit que par les injections répétées. Quoi qu'il en soit, M. Borelli rapporte deux faits de guérison. L'un a été des plus simples, chez un enfant de trois ans; et, bien que la tumeur fût assez volumineuse pour gêner beaucoup le malade, l'empêcher de manger, de parler, etc., la guérison fut complète en quelques jours, à la suite d'une injection iodée seulement. Le second cas, au contraire, a présenté des difficultés assez grandes, et c'est pour cela que nous croyons devoir le donner avec quelques détails :

Un paysan, âgé de trente-six ans, commença à apercevoir sous la langue, en 1850, une petite tumeur qui, en l'espace de quinze jours, prit le volume d'une châtaigne, l'empêchait d'allonger la langue, altérait la prononciation et rendait la mastication pénible. Le malade l'ouvrit avec un rasoir. Il en sortit une cuillerée d'une humeur blanchâtre. Pendant une semaine le liquide continua à s'écouler; mais il ne tarda pas à se reproduire dès que l'ouverture fut refermée. Les conduits salivaires étaient cependant perméables, puisqu'en pressant avec la langue, il pouvait faire sortir le liquide de la tumeur par deux petits jets et di-

minuer un peu son volume. Du mois de décembre 1850 au mois de novembre 1851, plusieurs ponctions furent faites par un chirurgien, toutes les deux ou trois semaines; un chirurgien lui fit aussi prendre des pilules de Belloste, lesquelles occasionnèrent une salivation, dont il n'était pas complétement débarrassé à son entrée à l'hôpital. La tumeur fut excisée, pansée à plat par M. Pertusio, et la guérison semblait radicale, lorsque, quelques semaines après, il revint, portant sous la langue une tumeur aplatie, occupant tout l'espace compris entre les insertions de la langue et l'arcade maxillaire, sur laquelle on distinguait en avant les deux orifices du canal de Warton, et, à droite, un petit orifice fistuleux. Quelques jours après, ponction sur le côté gauche de la tumeur, par laquelle M. Borelli injecta de la teinture d'iode pure, qui sortit en partie par l'orifice fistuleux du côté droit. Très-légère réaction, récidive. M. Borelli excisa un pli transversal de la tumeur et la remplit de charpie. Il survint de la suppuration, et, quelques jours après, la guérison semblait complète. Nouvelle récidive un mois après; la tumeur n'avait plus qu'un volume du tiers au plus de ce qu'elle était autrefois. Nouvelle injection d'iode pur, que l'on maintint presque tout entière dans la tumeur. Cette fois, la douleur fut plus vive, et les parties voisines s'enflammèrent. Après trois jours, tout rentra dans le calme. Il ne restait plus qu'un corps résistant à la place de la tumeur. Une semaine après, on s'aperçut qu'une très-petite partie de la tumeur n'était pas oblitérée. Cette fois, une nouvelle injection iodée termina la guérison, qui ne s'est pas démentie depuis. (*Gaz. med. Sarda*, septembre.)

---

**PHLÉBITE SUPPURATIVE** *à la suite d'une saignée*; *guérison par le tartre stibié à haute dose.* Nous avons rapporté récemment un exemple de guérison d'une phlébite externe développée à la suite d'une saignée, par l'emploi simultané des frictions mercurielles et des vésicatoires appliqués dans le voisinage et sur le trajet même de la veine enflammée, pratique qui a déjà donné plusieurs fois de bons résultats entre les mains de M. Velpeau ; mais le succès de ce traitement ne paraît guère probable qu'à la condition qu'il soit employé dès le début de la phlébite, et avant qu'il se soit produit aucun symptôme de résorption purulente. Dans le fait suivant, rapporté par M. le docteur Léon Gigot, de Levroux, il est douteux que l'emploi seul de ces moyens eût eu le même succès. C'est au tartre stibié surtout, employé à haute dose et itérativement, que nous paraît devoir être attribuée une guérison obtenue dans les conditions les plus graves, ainsi qu'on en pourra juger par les détails que nous empruntons à la relation de cet habile praticien :

Un homme âgé de cinquante-trois ans fut pris, deux jours après une saignée pratiquée au bras gauche, des premiers accidents de phlébite : piqûre béante, laissant échapper quelques gouttes d'une sérosité roussâtre; gonflement douloureux et chaud autour de la piqûre ; cordon dur et noueux, et très-sensible à la pression sur le trajet de la veine; difficulté des mouvements du membre à demi fléchi ; céphalalgie, soif vive, inappétence, pouls fébrile, etc. M. le docteur Gigot ordonna aussitôt une application de 15 sangsues sur le trajet de la veine, des onctions mercurielles, des fomentations émollientes et narcotiques, et une tisane laxative.

Malgré cette prescription, le mal ne fit qu'empirer ; et au bout de deux jours, M. Gigot fut mandé de nouveau, et en toute hâte, auprès du malade, qu'il trouva dans l'état suivant : physionomie altérée ; teinte plombée de la peau ; prostration extrême, respiration anormale ; pouls petit, fréquent et facilement dépressible; langue molle, humide, recouverte d'un enduit blanchâtre ; ventre ballonné; pas de dévoiement; gonflement considérable du bras ; une légère pression exercée sur le trajet de la veine fait sortir quelques gouttes de pus. Dans la nuit qui précéda cette seconde visite, le malade avait éprouvé un frisson très-prononcé, avec tremblement général. M. Gigot fit appliquer immédiatement un vésicatoire à chaque jambe, et ordonna 30 centigrammes d'émétique, à prendre dans un verre de tisane, par cuillerée, toutes les vingt minutes. Au bout de douze heures, le malade avait eu quatre selles et deux vomissements; il y avait une amé-

lioration notable. 30 centigr. d'émétique furent de nouveau prescrits, à prendre dans le même laps de temps et de la même manière. Il n'y eut cette fois qu'un seul vomissement bilieux ; mais les selles furent très-abondantes. Après vingt-quatres heures, tous les symptômes typhoïdes avaient disparu, et il ne restait plus qu'un peu de suppuration au pli du bras. Une légère compression fut établie au moyen d'une bande appliquée à la distance de trois travers de doigt de la piqûre de la veine jusqu'au creux de l'aisselle. A partir de ce moment, quelques jours ont suffi pour obtenir une guérison complète. (*Gazette des hôpitaux*, 7 septemb. 1852.)

---

**RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE**, *traité avec succès par la dilatation instantanée*. Lorsqu'on a affaire à un de ces rétrécissements qui ne permettent plus à l'urine de s'écouler que goutte à goutte et qui donnent à craindre, d'un instant à l'autre, la rupture de la vessie, le moyen le plus prompt de parvenir jusqu'au réservoir urinaire pour le vider est le meilleur. C'est là l'indication que se sont proposé de remplir les méthodes de Mayor, de MM. Montain, Perrève et Civiale. Toutefois, quelques reproches ayant été adressés à ces diverses méthodes, qui ne se seraient pas toujours montrées exemptes de dangers, M. le professeur Rigaud, de Strasbourg, a imaginé un *cathéter dilatateur parallèle*, consistant en un cathéter ordinaire divisé dans toute sa longueur en deux moitiés superposées ou deux demi-cylindres reliés entre eux par une série de petites tiges, qui s'articulent d'une manière mobile sur le cathéter. Les deux branches de l'instrument, une fois introduites dans le canal, sont écartées à volonté, au moyen d'une vis de rappel qui traverse et relie l'extrémité libre coudée de ces deux branches. Les petites tiges mobiles qui relient les deux branches dans toute leur longueur, se redressent au fur et à mesure qu'on écarte les branches, jusqu'à ce qu'elles affectent une position perpendiculaire entre ces deux branches, ce qui donne le maximum d'écartement. Cet instrument a été récemment mis en usage avec un avantage manifeste par M. le docteur Ancelon, de Dieuze, dans le fait suivant, dont il vient de communiquer la relation à la *Gazette des hôpitaux* du 9 courant.

Un homme, âgé de cinquante-sept ans, entra, le 1er juin, à l'hôpital de Dieuze pour y être traité d'un rétrécissement considérable de l'urètre. Le canal de l'urètre ne permettait pas l'introduction d'une bougie de plus d'un millimètre de diamètre. La vessie formait un globe énorme au-dessus du pubis. Le malade n'urinait que goutte à goutte. Un stylet conique, d'un millimètre à son extrémité et de deux millimètres de diamètre à son plus fort renflement, enduit de pommade belladonée, pénétrait avec difficulté dans le canal et traversait trois rétrécissements ; le premier fort dur, à l'orifice du méat urinaire ; le second immédiatement en arrière de la fosse naviculaire ; le troisième à deux centimètres plus loin. Les deux premiers offraient une saillie oblongue plus prononcée ; le troisième avait le volume d'un gros pois. On sentait d'ailleurs que les trois saillies étaient reliées entre elles par les points intermédiaires du canal induré. Le reste de l'étendue du canal jusqu'à la vessie était fort large.

Du 2 au 11, on se borna à passer trois fois par jour, à travers les points rétrécis, des bougies graduées, en attendant qu'on pût se procurer le dilatateur de M. Rigaud. — Le 11 eut lieu la première introduction de ce dilatateur de trois millimètres de diamètre : il pénétra sans obstacle jusque dans la vessie. Le méat urinaire, induré, fut seul difficile à franchir. Toute l'étendue des autres rétrécissements fut franchie aisément. L'instrument, graduellement écarté jusqu'à sept millimètres, resta en place cinq minutes. Lorsqu'après l'avoir fermé à demi, M. Ancelon voulut le retirer, il s'aperçut, par la résistance qu'il éprouvait et par la douleur que ressentit le malade, que l'extrémité vésicale avait été faussée et qu'elle pinçait la muqueuse urétrale. L'opérateur substitua immédiatement au dilatateur la sonde Mayor, n° 1, qui resta en place toute la nuit.

Le lendemain 12, bien-être sensible ; la sonde est retirée. Le malade urina bien toute la journée. Le soir, la sonde n° 1, repassée avec la plus grande facilité, fut laissée en place pour la nuit. Une sonde n° 2 fut

passée le 13 au matin; le même jour, dans l'après-midi, la sonde n° 2 fut à son tour remplacée par la sonde n° 3. A dater de ce moment, le jet d'urine devint de plus en plus fort et facile. L'usage des sondes n° 3 fut continué jusqu'au 18, jour où le malade, complétement guéri, sortit de l'hôpital.

Grâce à l'appareil dilatateur imaginé par M. Rigaud, il a été possible, comme on le voit, de dilater en cinq minutes, de 7 millimètres, sans aucun accident, un rétrécissement très-ancien, qui permettait à peine l'introduction d'une bougie de 2 millimètres, et l'on a pu, en trois jours, passer impunément les trois premiers numéros des grosses sondes de Mayor, sans provoquer ni hémorrhagie, ni inflammation, ni fièvre, ni douleurs.

Toutefois, M. Ancelon, tout en se louant beaucoup de l'instrument de M. Rigaud, indique un perfectionnement dont l'idée lui a été inspirée par la difficulté qu'il a éprouvée à retirer l'instrument et les accidents qui faillirent en résulter; ce perfectionnement consisterait à rendre l'instrument rectiligne, ce qui, en facilitant considérablement le jeu de redressement des petits leviers intra-cathétériens, préviendrait à l'avenir les accidents de cette nature.

Nul doute qu'avec le perfectionnement indiqué par M. Ancelon, l'instrument de M. Rigaud ne soit appelé à rendre les plus grands services à la pratique en réalisant, sans péril et sans inconvénient sérieux, la dilatation instantanée que l'on serait si souvent heureux de pouvoir obtenir.

---

**TETANOS** *guéri par les opiacés et le sulfate de quinine.* Le fait suivant, observé dans le service de M. le docteur Herpin, à Tours, est un bel exemple de guérison d'un trismus traumatique commençant, à l'aide d'une heureuse association du sulfate de quinine et de l'opium à hautes doses. Bien que par le fait même de cette association de deux médicaments aussi actifs il devienne difficile de discerner la part d'influence qui revient à chacun d'eux sur l'issue heureuse du traitement, il n'est pas moins utile, dût cette incertitude se représenter encore dans une pareille circonstance, de signaler leur heureux et incontestable effet.

Un ouvrier, en voulant détacher les derniers wagons d'un train encore en mouvement, fut saisi par un crochet en fer à la partie supérieure du bras gauche, lequel crochet lui laboura les chairs, jusque près de la tubérosité interne de l'humérus.

Le lendemain (29 août), on prescrivit de la glace et de la limonade sucrée pour boisson.

Le 31, le malade avait de la diarrhée. (Riz sucré; décoction blanche; potion laudanisée à 15 grammes. Pansement simple.)

Le 5 septembre, le pus ayant fusé à la partie supérieure de l'avant-bras, on fit deux larges incisions, qui dégorgèrent aussitôt les tissus.

Le 9 (le douzième jour), la plaie était belle; la suppuration, quoique très-abondante, était de bonne nature, lorsque tout à coup le malade se plaignit d'une douleur assez vive à la nuque. Son cou était raide; il avait un sentiment d'oppression à la poitrine; la mâchoire inférieure était encore libre dans ses mouvements, et on remarquait surtout une gêne assez forte dans la déglutition.

M. Herpin ayant aisément reconnu à l'ensemble de ces symptômes un trismus, prescrivit ce qui suit :

Riz sucré et décoction blanche.

Potion :

| | |
|---|---|
| Eau de camomille.... | 100 grammes. |
| Laudanum .......... | 1 gramme. |
| Liqueur d'Hoffman... | 3 grammes. |

Lavement :

| | |
|---|---|
| Eau................ | 250 grammes. |
| Sulfate de quinine.... | 1 gramme. |
| Extrait de valériane.. | 4 grammes. |
| Camphre.......... | 2 grammes. |

De plus, acétate de morphine (0,03 en deux paquets), pour appliquer sur le cou, au moyen de la pommade de Gondret.

Cérat opiacé pour pansement.

Cette médication antispasmodique, continuée jusqu'au 12, fit disparaître entièrement tout symptôme de tétanos.

Le traitement, depuis le 12 septembre jusqu'au 7 octobre, fut essentiellement tonique. Potion avec extrait de quinquina, 2 gram., et sulfate de quinine 0,60; aussi les forces du malade se soutinrent-elles malgré l'abondance de la suppuration.

Le 18 novembre, la cicatrisation était complète, et quelques jours après, le malade put sortir de l'hôpital et reprendre ses travaux habituels. (*Gaz. des Hôpitaux*, septembre 1852.)

## VARIÉTÉS.

Un article de la France d'outre-mer porte à penser que l'épidémie de fièvres pernicieuses qui règne à la Martinique touchait à sa fin. — La fièvre jaune vient de faire plusieurs victimes à la Guadeloupe ; aussi l'inquiétude est vive parmi les Européens et même parmi les créoles d'origine européenne. — Les dernières nouvelles d'Orient nous apprennent que le choléra fait de grands ravages en Perse. — Le 7 de ce mois, il y avait eu à Berlin 121 cas de choléra, dont 71 morts. Le 8, on avait enregistré 3 cas nouveaux. L'épidémie diminue d'intensité à Dantzick ; elle a disparu de Varsovie ; à Posen elle marche vers sa fin.

---

Des fièvres épidémiques règnent en ce moment à Thiers (Puy-de-Dôme); huit ou neuf cents personnes en sont atteintes. La maladie sévit principalement sur les femmes et les enfants ; cependant on ne cite pas encore de cas de mort. — Plusieurs épidémies dyssentériques se sont aussi manifestées ; à Magnac, seize personnes ont été atteintes, quatre seulement ont succombé. Dans l'arrondissement de Redon et ses environs (Loire-Inférieure), le nombre des victimes est déjà assez grand. Nous sommes étonnés, dit le Courrier de Nantes, que la mortalité ne soit pas encore plus grande. L'indifférence, la nonchalance, la mauvaise volonté qu'apportent le plus souvent les habitants de la campagne à suivre les conseils que les médecins leur donnent, rendent le traitement excessivement difficile. Cette sérieuse maladie est certainement une de celles qui exigent le plus sévère régime et le plus d'exactitude dans l'emploi de la médication.

---

La Société médico-pratique, dans sa séance du 27 septembre dernier, a décerné à l'unanimité, conformément aux conclusions de la Commission, le prix unique de 300 fr. à M. Ed. Tauffieb, docteur-médecin à Barr, comme auteur du meilleur Mémoire sur la question suivante : « De l'huile de foie de morue et de son usage en médecine. » Elle a en outre, vu l'importance vraiment exceptionnelle de ce remarquable concours, et malgré l'état précaire de sa situation financière, accordé, à titre de récompense et d'encouragement, une somme de 100 fr. à M. le docteur Massart, médecin à Napoléon-Vendée, et à M. le docteur Muller, médecin à Mulhouse.

---

« La Société médicale des hôpitaux de Paris vient d'instituer un *prix de mille francs*, à décerner à l'auteur du meilleur Mémoire sur la question suivante : « De l'albuminurie, sous les rapports de l'anatomie pathologique, de l'étiologie, de la séméiologie et de la thérapeutique. » Les Mémoires, écrits en langue française, devront être adressés franco, avant le 31 décembre 1853, à M. le docteur Roger (Henri), secrétaire général de la Société, 51 bis, rue Sainte-Anne. Chaque manuscrit devra porter une épigraphe, laquelle sera répétée dans un billet cacheté, avec le nom de l'auteur. — Le prix sera décerné au mois de mai 1854.

---

M. Nadau vient de soumettre à l'Académie de médecine le programme suivant du Cours d'hygiène populaire, pour lequel il a constitué un prix de 3,000 fr. — 1° Faire connaître succinctement la constitution physique et morale de l'homme, les véritables conditions de sa santé, montrer l'heureuse influence d'une éducation forte et religieuse sur le caractère et le bien-être des hommes. — 2° Exposer d'une manière générale les influences des climats, des vicissitudes atmosphériques, des habitations et des vêtements. — 3° Traiter du régime en général, du choix et de l'emploi des aliments et des boissons, et des habitudes qui s'y rapportent. — 4° Insister sur les avantages de la sobriété, et plus particulièrement sur les dangers qui résultent de l'abus des boissons alcooliques, sur l'abrutissement qui en est la conséquence inévitable, les désordres, les crimes, etc. — 5° Préconiser les avantages de la sobriété et de la tempérance parmi les hommes ; dire quels ont été les heureux résultats obtenus par les Sociétés de tempérance, en Angleterre et aux Etats-Unis. — 6° Traiter de l'exercice et du travail, en en montrant les bons effets sur la santé, dans les diverses professions, mais surtout dans la marine et l'agriculture. — 7° Indiquer les principales causes des maladies, et montrer quels moyens de les prévenir peut fournir une sage application des lois de l'hygiène. — Après la distribution du prix, M. Nadau se chargera, concurremment avec le lauréat, de publier, *à ses frais*, les meilleures leçons du cours, afin de les répandre comme une sorte de catéchisme de la santé.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

## DE L'ANGINE ET DE SON TRAITEMENT PAR L'EMPLOI DU BITARTRATE DE POTASSE.

Il s'agit ici de l'angine simple, légère, qui correspond à ce que les anciens dénommaient angine catarrhale, et qui ne rend pas nécessaire l'intervention d'une médication antiphlogistique active. Lorsque la maladie, ce qui est le plus ordinaire, se présente avec la bénignité que nous venons d'indiquer, l'expérience a démontré que, en général, les moyens les plus simples suffisent pour en triompher, ou plutôt l'expérience a démontré qu'elle disparaît spontanément. Toutefois, même dans ces cas, l'art dispose-t-il de moyens propres à abréger la durée du mal? Telle est la question qui se pose à propos de cette maladie, comme à propos de toutes celles qui lui ressemblent par leur bénignité. Il n'est point douteux d'abord que, dans un certain nombre de cas de cet ordre, si l'on voulait employer une médication énergique, les saignées abondantes par exemple, ou la méthode purgative d'une manière un peu soutenue, on n'arrivât souvent à emporter rapidement cette simple phlogose érythémateuse, qui n'entraîne même pas toujours une réaction fébrile évidente. C'est ainsi que dernièrement encore nous avons fait avorter certainement, par une saignée copieuse, un accident de ce genre chez une jeune femme que celui-ci menaçait de priver d'assister à une réunion où elle tenait extrêmement à paraître. Mais, hormis les cas où il peut devenir ainsi nécessaire de hâter un résultat qui doit presque infailliblement se produire en quelque sorte de lui-même, est-il permis de recourir à une médication énergique? Nous ne le pensons pas. Ce n'est point toujours une chose simple qu'une saignée; il est des cas où elle peut entraîner, ou au moins préparer des accidents qui, pour ne pas toujours suivre immédiatement, n'en sont pas moins la conséquence évidente. Dans les cas les plus heureux d'ailleurs, quand une saignée n'est pas commandée par un excès de force, une pléthore réelle, elle est suivie d'un affaiblissement qui est encore la maladie, qui offre plus de dangers ou d'inconvénients que le simple érythème de la gorge, dont on a ainsi hâté la disparition à un prix véritablement onéreux. Non, dans les simples érythèmes de la gorge, qui doivent disparaître spontanément au bout de quatre ou huit jours, il ne faut pas recourir à une médication active, qui place l'économie dans des conditions plus défavorables que la maladie même; il ne faut point, en d'autres termes, se servir d'une massue pour écraser une

mouche. C'est la pratique des praticiens sages, honnêtes; il n'y a que les *ardeliones* de la thérapeutique qui fassent autrement.

Mais si l'on ne doit pas, dans ces cas, recourir à une médication excessive relativement, en même temps qu'il est commandé de soustraire le malade à tout ce qui pourrait aggraver le mal, on doit, autant qu'il est en soi, s'efforcer d'atténuer celui-ci, et, s'il se peut, en abréger la durée. Les moyens usités, en pareille circonstance, pour atteindre ce but, les bains de pieds, les gargarismes émollients, la plupart des gargarismes plus actifs même auxquels on recourt habituellement, ne nous ont pas semblé avoir beaucoup d'influence sur le mal qu'il s'agit de combattre : c'est pourquoi nous avons cherché un moyen d'une efficacité moins douteuse, et ce moyen, nous croyons l'avoir trouvé dans le bitartrate de potasse en solution dans l'eau.

Tous les auteurs ont fait la remarque que les gargarismes, dans cette maladie, quelle que fût leur composition, ne réalisent point le bien qu'on attend de leur emploi, parce que le tiraillement qu'éprouve a muqueuse malade, par le fait seul du mouvement de gargarisation, lui est plus nuisible que ne lui est profitable l'impression topique du liquide mis en usage. Convaincu de la vérité de cette observation, nous évitons cet inconvénient, en mettant en usage la solution de bitartrate de potasse, par le soin que nous prenons de recommander aux malades de tenir seulement ce liquide pendant quelque temps en contact avec la muqueuse irritée, puis de l'avaler. Cette lotion doit être répétée vingt ou trente fois par jour : ce n'est point là une grande sujétion : la dose du sel est de 3 ou 4 grammes dans un verre d'eau : on pourrait diminuer cette dose, car cette quantité d'eau ne dissout pas la quantité de sel indiquée. Si l'on avait affaire à des malades gastralgiques, il faudrait même se borner à la quantité rigoureuse que l'eau peut dissoudre, et peut-être défendre d'avaler le liquide, car il pourrait se faire que l'estomac en reçût une agression, sinon dangereuse, du moins fâcheuse. L'eau est d'ailleurs froide, et cette condition n'est sans doute pas complétement étrangère à l'efficacité du remède. Nous ne nous embarquerons point, à propos d'un moyen si simple, dans les questions fort obscures que pourrait soulever son emploi dans le cas dont nous nous occupons : nous ne rechercherons pas s'il agit comme tempérant, antiphlogistique, comme astringent, ou comme substitutif : chacun de ces mots correspond à une solution différente de problèmes aujourd'hui encore fort controversés. Heureusement la thérapeutique n'est pas complétement entravée par cette incertitude; et les faits expliqués physiologiquement, ou inexpliqués, quand ils sont authentiques, constituent une base sur laquelle elle s'appuie légitimement.

Voici un premier fait qui montre avec quelle rapidité la solution de bitartrate de potasse dissipe la première atteinte de la maladie, quand elle est appliquée immédiatement et avec un soin convenable. Mme T..., âgée de quarante-cinq ans environ, est sujette, depuis que les règles ont cessé de paraître, à ce qu'elle appelle du nom unique de mal de gorge, et qui consiste, tantôt dans une sensation de chaleur pénible dans le pharynx, avec douleur en avalant, tantôt dans un simple enrouement compliqué de toux ou non. Tant que l'on n'opposa à ces accidents que les moyens ordinaires, ils duraient sept ou huit jours. Depuis que Mme T... fait usage de la solution de bitartrate de potasse dès les premières atteintes du mal, elle a constamment fait avorter une indisposition qui lui était au moins fort désagréable.

Nous avons essayé d'opposer ce moyen à quelques cas d'angine plus tranchée, dans lesquels la réaction fébrile était plus intense, et où les amygdales étaient rouges, plus ou moins gonflées; mais il ne nous a pas semblé que, dans ces circonstances, le mal local fût heureusement modifié par ce topique liquide. Ce moyen ne réussit, en pareil cas, que quand les symptômes aigus ont disparu, ou au moins sont fort atténués, et qu'il ne reste plus aucune sorte d'engorgement passif, à la résolution duquel l'action topique du bitartrate de potasse peut concourir efficacement. Il en est encore de même chez les individus qui sont sujets à voir leurs amygdales devenir le siége d'une congestion plus ou moins violente : si l'on attend, pour combattre la maladie, que les amygdales soient gonflées, rouges, et aient ainsi amené le développement d'un appareil fébrile plus ou moins intense, les lotions n'ont qu'un avantage, celui de rafraîchir les parties malades, de rendre moins pénibles les mouvements de déglutition; mais elles ne font rien pour la résolution de l'inflammation, elles ne l'abrégent pas. Le seul service à demander au bitartrate de potasse, dans ces cas, c'est de prévenir le retour du mal, c'est une action purement prophylactique ; et ceci n'est point à dédaigner. L'expérience démontre, en effet, qu'il est un bon nombre d'individus qui restent pendant plus ou moins longtemps sujets à ce gonflement intermittent des amygdales ; dans les premiers temps où cette disposition morbide se manifeste, l'amygdalite se produit avec les caractères d'une inflammation tranchée ; plus tard ces symptômes s'amoindrissent, mais le mal a peut-être plus de tendance à se reproduire. Il est des individus chez lesquels on voit ces accidents se produire plusieurs fois dans l'année; il en est d'autres chez qui, pendant un temps plus ou moins long de la vie, on les voit invariablement se manifester à des époques fixes de l'année, le printemps ou l'automne. C'est ce que l'on a appelé l'angine périodique. La médi-

cation à opposer à une semblable maladie est double; non-seulement il faut combattre le mal lorsqu'il est réalisé, mais il faut encore et surtout en prévenir le retour, si l'on peut. Les lotions froides de bitartrate de potasse nous ont paru très-propres à remplir cette seconde indication ; mais pour atteindre ce but, il faut agir avec une certaine constance, sans quoi l'effet ne serait pas obtenu.

Les médecins qui, dans ces derniers temps, se sont occupés sérieusement de la méthode hydrothérapique ont bien observé la disposition morbide que nous venons d'indiquer, et quelques-uns ont rapporté des faits qui tendent à démontrer que l'emploi prudent de cette méthode peut, en pareil cas, conduire à des résultats vraiment remarquables. Nous avons vu, pour notre compte, quelques faits qui tendraient également à la démonstration de cette thèse ; mais ce n'est point ici le lieu de les rapporter. Nous ferons seulement observer que l'utilité de la solution de bitartrate de potasse, dans les circonstances dont il s'agit, et suivant le mode précédemment indiqué, doit, en partie, s'expliquer comme celle de la méthode hydrothérapique. Quoi qu'on en ait dit, il n'est pas douteux que ces amygdalites intermittentes ne soient le plus ordinairement déterminées par les changements brusques de température, les refroidissements, et aussi les excès dans l'alimentation et la boisson. Or, quand le mal se développe sous l'influence de la première cause, on conçoit que les lotions froides et astringentes, pratiquées fréquemment sur la surface que l'action de cette cause agissant sur l'économie tend à congestionner, puissent heureusement lutter contre cette disposition morbide. C'est là une vérité qu'enseigne la physiologie, et que l'expérience attentivement interrogée confirme positivement. Voici l'esquisse rapide d'un fait qui va prouver ce que nous venons de dire : M. Mignole, âgé de trente-six ans, est depuis sa jeunesse sujet à des angines, qui se répètent presque chaque année, tantôt une, tantôt plusieurs fois. La violence des accidents rendit souvent nécessaire de recourir, dans ces maladies, à des émissions sanguines soit locales, soit générales, fort abondantes. Sous l'influence de cette médication, secondée par des pédiluves irritants, des gargarismes émollients, des cataplasmes secs autour du cou (cravate d'ouate de coton), des purgatifs, on triomphait constamment du mal, on empêchait même souvent la suppuration des amygdales; mais on ne prévenait en rien le retour des accidents, qui reparaissaient avec une constance désespérante, à des intervalles plus ou moins rapprochés. Comprenant enfin que ces moyens combattaient le mal seulement, et qu'il fallait faire quelque chose au moins pour le prévenir, M. Mignole consentit à essayer d'un moyen d'une exécution facile, et qui ne l'obligeait

à changer quoi que ce fût à ses habitudes. A partir de l'époque où M. Mignole s'astreignit à l'usage de la solution de bitartrate de potasse, il vit disparaître à peu près complétement ces esquinancies périodiques qui faisaient son désespoir. La disposition morbide n'est pas encore complétement éteinte, mais le malade n'a point oublié la sensation insolite qui, pendant si longtemps, lui annonçait à l'avance une congestion imminente ; quand il éprouve cette sensation, qui est celle d'une sorte de sécheresse au fond de la gorge, avec un peu de difficulté pour avaler, il se remet immédiatement à l'usage de la solution de bitartrate de potasse, et le mal s'arrête là. Nous avons fait la même observation à propos d'un pauvre homme, marchand ambulant, et qui était depuis longues années, comme le précédent malade, sujet à des maux de gorge qui le forçaient de s'arrêter. Pendant deux mois il se soumit à l'usage des lotions tartriques, avec toute l'exactitude que lui permirent ses habitudes nomades, et il se vit complétement débarrassé d'une servitude morbide qui lui était fort incommode.

Pour apprécier avec vérité l'influence de la médication dont nous nous occupons, dans les cas analogues à ceux que nous venons de rapporter, il ne faut point oublier une chose, c'est que ces congestions périodiques vers les amygdales, et que l'on rencontre souvent dans la première jeunesse, disparaissent souvent spontanément sous l'influence du développement de la vie. Ces congestions, en tant qu'habitude morbide, s'assimilent aux épistaxis, et disparaissent souvent par le bénéfice du temps. Lors donc qu'on emploiera cette méthode, dans les conditions que nous venons d'indiquer, il faudra tenir compte de ce fait d'expérience, et ne point attribuer à la médication un résultat auquel elle peut être complétement étrangère. En est-il ainsi dans les cas que nous venons de rapporter? Nous ne saurions l'admettre : les malades ici avaient dépassé l'âge où l'on voit s'éteindre peu à peu, sous l'influence de l'évolution de la vie, la disposition morbide en vertu de laquelle les amygdales se congestionnent : nous voyons donc que c'est véritablement à l'influence topique de la solution de bitartrate de potasse qu'il faut rapporter le résultat heureux que nous avons signalé. Nous ne voulons point d'ailleurs exagérer l'efficacité de ce moyen ; s'il a réussi dans les cas dont il s'agit, nous sommes loin de prétendre qu'il réussirait de même chez tous les individus qui seraient dans des conditions en apparence analogues. Si, sous l'influence de congestions aussi intenses que fréquentes, les amygdales avaient subi ces altérations, non encore bien déterminées, qu'on désigne sous le nom d'induration, et dont le remède le plus sûr comme le plus prompt est l'excision de l'organe qui en est le siége, il nous paraît à peu près certain que la solution

de bitartrate de potasse serait aussi impuissante à rendre aux tissus leur souplesse normale, que tout autre topique. Cependant, dans cette circonstance-là même, nous ne voyons pas quel risque on courrait d'en tenter l'application. Il serait toujours temps, après cette expérience négative, de recourir à l'opération qui, comme on sait, n'est pas toujours exempte de péril.

Il est encore d'autres conditions où l'on voit se produire, d'une manière périodique, ces congestions vers les amygdales; ces conditions sont celles qui se rattachent à la menstruation. On observe, en effet, un certain nombre de femmes qui, à chaque période menstruelle, ou seulement à quelques-unes de ces périodes, présentent tous les symptômes d'une angine légère : en général même ces symptômes sont les avant-coureurs de l'apparition des règles, et cessent ou dès que celles-c paraissent, ou avant même leur apparition. Quelques femmes se plaignent beaucoup lorsqu'elles éprouvent ces accidents, plaintes exagérées sans doute, comme tout ce qu'elles éprouvent alors; pourrait-on, quand ces accidents dépassent certaines limites, les combattre par la solution tartrique? Pour nous, nous n'avons jamais osé le faire. Non certainement qu'il y eût danger de troubler sérieusement la fonction menstruelle par un moyen si simple et dont l'action ne dépasse guère les bornes de son application ; c'est tout simplement que nous n'aimons point à faire intervenir l'art là où les gens n'ont qu'à se laisser vivre. Si pourtant la congestion était plus intense, il faudrait peu hésiter à combattre cette disposition fâcheuse, et il nous paraît probable que le moyen dont il s'agit en ce moment pourrait être utilement employé dans ces cas comme dans ceux qui précèdent.

Enfin la grippe, lorsqu'elle a disparu, en tant que maladie aiguë, laisse souvent après elle, dans le pharynx, une disposition morbide qui se traduit par la sécheresse de la gorge, une douleur obscure dans la même partie au contact des aliments, de la fatigue après une conversation prolongée ou la lecture à haute voix. Ces légers accidents ne sont pas constants, mais ils se reproduisent pendant un temps plus ou moins long, avec une facilité extrême. Que si, dans ces cas, on examine le fond de la gorge alors que les accidents se taisent, on n'y voit rien qui les explique : quand ils se manifestent, au contraire, la muqueuse paraît légèrement injectée, et plus sèche que dans l'état normal. Quand nous observons que le repos, le silence pendant un jour, suffisent pour faire justice de ces symptômes, nous ne trouvons pas d'expression plus juste, pour dénommer ces accidents éphémères, que celle d'enchifrènement du pharynx. L'indication n'est pas évidemment de combattre un ensemble d'accidents que les moyens simples que

nous venons d'indiquer suffisent à faire disparaître, mais bien d'en prévenir le retour, d'affranchir les malades de cette sorte de servitude pathologique. Or, nous pouvons affirmer qu'un moyen très-propre à obtenir ce résultat, c'est l'ingestion fréquente dans la bouche de la solution de bitartrate de potasse. Nous pourrions citer plusieurs faits à l'appui de cette assertion, mais ce serait purement et simplement reproduire, sous une nouvelle forme, ce que nous venons de dire, c'est pourquoi nous nous en abstiendrons.

Dans les divers cas que nous avons observés et où nous avons eu recours à ce moyen, nous nous sommes contenté du bitartrate de soude, mais, ainsi que nous l'avons dit déjà, ce sel est peu soluble dans l'eau, puisqu'il faut soixante parties de ce liquide pour dissoudre une partie de crème de tartre : malgré ce peu de solubilité, les faits que nous avons rapportés ne témoignent pas moins évidemment de l'action de cette solution sur les tissus malades : les inductions théoriques ne sauraient donc prévaloir contre ces données positives. Cependant, il serait possible qu'en appliquant le même agent, dans les mêmes conditions, mais en en favorisant la solubilité par le moyen de quelque autre substance, on obtînt des résultats plus décisifs encore : si l'on voulait expérimenter dans ces conditions nouvelles, rien ne serait plus simple. Il suffirait pour cela d'ajouter au bicarbonate de potasse, dans certaines proportions, le borate de soude ou l'acide borique; on obtiendrait ainsi un composé connu sous le nom de crème de tartre soluble, et qui permettrait d'opposer au mal à combattre une solution, nous ne disons pas plus efficace, parce que nous n'avons pas le droit de le dire, mais au moins beaucoup plus active. Nous ne pouvons qu'émettre cette vue; c'est à l'expérience d'en déterminer ultérieurement la valeur. S.

---

## DE L'EMPLOI DE L'EAU FROIDE DANS LE TRAITEMENT DE QUELQUES MALADIES AIGUES ET EN PARTICULIER DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Par M. T.-B. ARMITAGE, membre de la Société médico-chirurgicale de Londres.

( Suite et fin (1).)

Nous avons maintenant à faire connaître les résultats que nous avons obtenus du traitement hydropathique dans la fièvre typhoïde. Je dirai d'abord que l'épidémie qui régnait à Berlin, à l'époque de nos expériences, était généralement très-grave, puisque la mortalité dans les autres services de l'hôpital a été de 75 sur 100, et, soit dit en passant, nous avons toujours trouvé les plaques de Peyer malades et ulcérées. Souvent la maladie semblait modérée au début et jusqu'à la fin du

(1) Voir la dernière livraison, p. 343.

second septénaire; une personne non familiarisée avec la nature de l'épidémie eût pu porter un pronostic favorable. Mais, dès le troisième septénaire, la maladie prenait la forme franchement adynamique, et les malades ne tardaient pas à succomber. Somme toute, nous avons traité par l'hydropathie douze malades, dont deux avaient été déjà soumis, sans aucun succès, à l'emploi du calomel à haute dose; ces deux derniers seuls ont succombé à la débilité, un d'eux après la terminaison complète de la maladie.

Les dix autres malades furent traités exclusivement par les applications d'eau froide, et tous guérirent. Aucun autre traitement ne fut mis en usage, si ce n'est de petites quantités de vin et de quinquina dans la convalescense. De ces dix cas, deux étaient légers; ils furent abandonnés en grande partie aux efforts de la nature, que nous aidâmes avec quelques enveloppements, et des demi-bains froids avec frictions et irrigations. Les huit autres, au contraire, étaient des cas graves, dans lesquels il y avait peu à espérer des puissances vitales, et peut-être aussi des moyens ordinaires de la pratique. Un était compliqué de pneumonie, l'autre d'un violent délire, qui simulait le delirium tremens. Le bain tiède avec des affusions froides réussit parfaitement à calmer le délire. Je rapporterai seulement trois faits, pour montrer à la fois les effets du traitement et la manière d'en faire usage.

Obs. 1. *Fièvre typhoïde très-grave au onzième jour. Bains partiels froids presque tous les jours. Guérison à la fin du quatrième septénaire.* — Charles Diteman, âgé de trente-deux ans, potier, entra à l'hôpital de la Charité le 26 mars 1851, dans un état de stupeur et d'accablement tel qu'il fut impossible d'obtenir de lui des renseignements bien précis sur ses antécédents. On apprit cependant que, dix jours auparavant, après avoir éprouvé pendant quelques jours du malaise, de la langueur, il avait eu un frisson, à la suite duquel il avait été pris d'un violent mal de tête et de délire. C'était un homme fortement musclé; il était couché sur le dos; la face exprimait la stupeur; il répondait difficilement aux questions, se plaignait d'une céphalalgie frontale, avec de l'agitation, et murmurait continuellement des mots sans suite. Face injectée; peau chaude; 26 respirations costo-abdominales par minute; langue légèrement chargée, sèche, rouge à sa pointe; abdomen ballonné, tendu, rendant un son tympanique; douleur à la pression de la fosse iliaque; la matité splénique commençait à la septième côte, et dans le huitième espace intercostal cette matité avait près de trois pouces de large. Résonance normale de la poitrine; respiration faible et à peine vésiculaire dans le tiers inférieur des deux poumons en arrière, normale dans les deux tiers supérieurs, avec un peu de sibilance disséminée; pas de taches typhoïdes, de pétéchies ni de miliaire sur la peau, mais seulement de larges plaques de psoriasis, en voie de guérison.

Le diagnostic n'était pas douteux. Le traitement hydropathique fut immédiatement commencé. A cinq heures du soir, le malade fut sorti de son lit

et placé dans une baignoire peu profonde, qui contenait environ un pied d'eau. La température de l'eau était à 25° centigrades; elle tomba à 23°,89 avant que le malade fût retiré du bain. Pendant qu'il y était, les jambes et les pieds furent frottés avec force par deux aides, en même temps que l'on arrosait le tronc et la tête avec de l'eau prise dans la baignoire. D'abord le pouls perdit de sa fréquence, mais il ne tarda pas à se précipiter dès que le frisson parut, ce qui eut lieu après treize minutes. Au commencement du frisson, le malade fut enlevé de la baignoire. Sauf la peau des aisselles, qui avait conservé un peu de chaleur, le reste du corps était froid; on le sécha avec soin; on le porta dans son lit, enveloppé seulement dans une couverture. Pendant le bain, il avait recouvré en partie son intelligence, et immédiatement il dit que la céphalalgie l'avait quitté. Trente-huit minutes après la sortie du bain, la peau était chaude partout, excepté aux mains et aux pieds. On le sortit de sa couverture; on lui passa sa chemise, et on le remit dans son lit, mais ayant bien soin d'envelopper les pieds dans sa converture. Pas de céphalalgie ; pouls à 86, plus petit qu'avant le bain.

27 mars. A la suite du bain il fut trois ou quatre heures avant de se réchauffer complétement, et pendant ce temps il eut de l'agitation. Après quoi, il dormit toute la nuit d'un sommeil calme et tranquille. Le matin, il était couché sur le dos, mais cependant pouvant se retourner sur le côté. Face exprimant encore la stupeur et légèrement injectée. Réponses justes. Peau sèche, modérément chaude. Deux ou trois garderobes aqueuses involontaires pendant la nuit; un peu de gargouillement, et sensibilité très-vive à la pression de la région cœcale. Pouls à 88; 22 respirations par minute; urine fortement colorée, un peu trouble.

Le soir, à six heures, joues légèrement injectées, peau sèche, chaleur modérée. Pouls à 92; 28 respirations par minute; le malade fut tiré de son lit et placé, comme la veille, dans une baignoire contenant un pied d'eau, dans laquelle il resta une demi-heure. Il fut soumis aux mêmes pratiques que la veille. Au bout d'une demi-heure, la température de l'eau était descendue à 21° 11. Pendant le bain, il avait recouvré en partie son intelligence. Le pouls avait perdu de sa fréquence, mais vers la fin, le frisson avait été tel qu'il était impossible de compter les pulsations. La peau des aisselles était encore chaude au toucher, à la sortie du bain. On le sécha, en l'entoura d'une couverture, on le porta sur son lit, et aussitôt qu'il commença à reprendre sa chaleur, vingt minutes après, on lui passa sa chemise; on le mit dans son lit, entourant ses pieds d'une ceuverture. Une heure après, le pouls était à 86; 24 respirations. L'intelligence était meilleure qu'avant le bain ; mais encore un peu de stupeur. (Compresses à la glace sur la tête.)

Le 28 mars. Le malade dormait tranquillement lors de la visite. Il avait bien dormi toute la nuit. Face légèrement injectée; peau chaude et sèche, miction involontaire; urine pâle et transparente. Pas de garderobes depuis la nuit dernière. Un peu de sibilance, en arrière, des deux côtés. Résonance de la poitrine un peu diminuée, à partir de l'épine de l'omoplate jusqu'en bas. Pouls à 96, large et mou ; 20 respirations.

Le soir, à six heures, peau sèche et modérément chaude, pouls à 94; 22 respirations. (Bain comme la veille, mais avec 5 pouces d'eau seulement; la température de l'eau à 22° 50. Mêmes pratiques que les jours précédents.) Frisson après huit minutes; pouls petit, à 96. Deux minutes après, on

l'en retira, le sécha et le transporta sur son lit, enveloppé dans sa couverture. Au sortir du bain, la peau était encore chaude, malgré le frisson. Stupeur beaucoup moindre qu'avant le bain. Trente minutes après, pouls à 92; peau chaude au toucher, bien que le malade se sentît encore frissonner. Il ne restait du mouvement convulsif du frisson que des vibrations dans les fibres du grand pectoral. La couverture fut enlevée et rabattue sur les pieds, et le malade fut mis dans son lit. A sept heures un quart, le pouls était à 92; 20 respirations; peau bonne, sans chaleur. Le malade dormait tranquillement. A huit heures un quart, le pouls était à 82; 15 respirations, la peau plus chaude. Il dormait encore enfin à dix heures et demie: 92 pulsations, 18 respirations, sommeil calme, qui se prolongea pendant toute la nuit. Néanmoins, comme la tête parut très-chaude pendant la nuit, on reprit les compresses à la glace.

Le 29 mars. Peau sèche et molle, modérément chaude. De la stupeur encore, réponses justes. La céphalalgie n'avait pas reparu depuis les premiers bains. Il n'y avait pas non plus de mussitation. Pouls à 94; 22 respirations; urine un peu plus colorée; deux garderobes pendant la nuit; évacuations alvines et urinaires involontaires.

Le soir, à cinq heures, peau sèche et modérément chaude; encore de la stupeur, pas de délire. Pouls à 94, plein, très-mou; 24 respirations. (Bains froids, comme la veille, à 25°). Après quinze minutes, frisson et refroidissement. Séché et enveloppé dans une couverture, il était, vingt minutes après, dans son lit, réchauffé partout, si ce n'est aux mains et aux pieds. Le frisson n'avait pas complétement cessé. Cinq ou six garderobes dans la journée, dont une pendant le bain. Deux heures après, le pouls à 92; 28 respirations.

Le 30 mars. Peau encore sèche et modérément chaude; décubitus presque constant sur le dos. Une garderobe involontaire dans la nuit. Abdomen tendu, gargouillement à la pression de la région cœcale. Langue sèche et peu chargée; intelligence meilleure. Tête encore très-chaude (compresses à la glace); toux légère, un peu d'expectoration mucoso-purulente. Urines fortement colorées, encore involontaires.

Le soir, à cinq heures et demie, fièvre plus vive; pouls à 96, peu résistant; 24 repirations. Face plus injectée; peau sèche, très-chaude au toucher; langue sèche, rouge, à peine chargée; trois garderobes involontaires dans l'après-midi. Abdomen mou, médiocrement développé. Gargouillement dans la fosse iliaque, mais sans douleur. Pour la première fois, on trouve sur la poitrine et sur l'abdomen un grand nombre de taches typhoïdes. A six heures trois quarts, bains froids à 23° 89, mais en frottant moins fortement les pieds et les jambes. Frisson après un quart d'heure. Une minute après, on le sortit du bain. Les jambes et les pieds étaient plus froids que le tronc: séché et enveloppé comme d'habitude, il eut du frisson pendant une demi-heure, puis il fut mis dans son lit. A onze heures un quart, le pouls était à 100, mais tout à fait mou; sommeil calme; la réaction fébrile était tombée depuis le bain.

Le 31 mars. Sommeil pendant toute la nuit; pas de délire; de temps en temps un peu de toux, avec une expectoration rare mucoso-purulente. Peau sèche, moins chaude que la veille; face moins injectée. Toujours des selles diarrhéiques involontaires. Réponses lentes, mais justes. L'abdomen mou, non ballonné. Matité en arrière, à partir de la neuvième côte, jusqu'en

bas du côté gauche, à partir de la dixième, du côté droit. De plus, à gauche et dans le tiers inférieur, dans les inspirations profondes, crépitation très-marquée, et, dans l'expiration, de la respiration bronchique ; plus haut, crépitation à grosses bulles, et respiration presque vésiculaire. Du côté droit, des râles dans la moitié inférieure. (Un lavement amylacé, quatre fois par jour.) A six heures du soir, pouls à 102, plus résistant ; 24 respirations ; peau chaude, face injectée. Le malade réclamait son bain, qu'on ne put lui procurer.

Le 1er avril, intelligence meilleure. Pour la première fois le malade se plaint d'une grande prostration des forces. Pouls à 92 ; 29 respirations. Mêmes signes stéthoscopiques, diarrhée moindre. A onze heures vingt minutes, bain froid comme les jours précédents, à 20°, de six minutes de durée. Le frisson le prit à ce moment. A cinq heures du soir, pouls à 104; 24 respirations. Face un peu injectée. (Application de compresses à la glace sur la tête).

Le 2 avril, peu de diarrhée; mêmes signes stéthoscopiques; toux assez fréquente, avec expectoration mucoso-purulente; pouls à 110 ; délire sourd pendant la nuit; érosion superficielle du sacrum. Le soir, à cinq heures et demie, pouls à 96, résistant, 19 respirations, face injectée, peau chaude et sèche. Pas de délire pendant le jour. Stupeur, mais réponses justes. A six heures vingt-six minutes, bain froid partiel à 25 degrés, pendant seize minutes. Traité comme dans les bains précédents; le frisson ne survint qu'après un quart d'heure. Quatre garderobes aqueuses dans les vingt-quatre heures, dont une dans le bain.

Le 3 avril. Pouls à 102, mou ; 22 respirations. Le frisson de la veille avait duré jusqu'à sept heures et demie. Un peu de délire, à partir de ce moment jusqu'à neuf heures, puis sommeil jusqu'à quatre heures du matin, que le délire recommença. Il avait cessé à la visite, et ne se reproduisit pas dans la journée ; mais il y eut de l'agitation. Bain froid de douze minutes à six heures du soir. Température 26° 11. Le frisson avait commencé à la onzième minute. Bon sommeil, pouls à 105, 24 respirations à onze heures et demie.

Le 4 avril. Pas d'injection de la face ; peau sèche, mais douce; idées justes, mais lentes ; pouls à 100 ; 22 respirations ; langue sèche à son centre, pas de garderobes, urines plus abondantes, toux répétée. Crachats mucoso-purulents; les signes du catarrhe diminuent. Le soir, à six heures, pouls à 106, peau chaude et sèche. Le malade réclamait son bain, qui ne put lui être donné.

Le 4 avril. Face injectée, peau chaude et sèche, langue rouge, sèche à son centre, pouls à 92 ; 20 respirations, bon sommeil. Depuis deux jours le malade a commencé à manger un peu. Abdomen mou, indolent ; deux garderobes assez solides après les lavements. Le soir, pouls à 100, plein ; face vivement injectée; peau chaude et sèche ; langue rouge et sèche. ( Le malade réclame son bain, qu'il prend à 25 degrés, et avec un pied d'eau; frictions sur les jambes et sur les pieds pendant les bains; on lui verse souvent de l'eau sur la tête de la hauteur d'un pied. Durée du bain, quinze minutes.)

Le 6 avril. Peau sèche, langue humide, pas de garderobes, pouls à 98, plein ; appétit meilleur, abdomen non ballonné, indolent. Le soir, les mains et le front étaient couverts d'une douce transpiration. On interrompit les bains froids. On fut forcé de les reprendre le 10 avril. Le pouls était à 92, la stupeur plus marquée. La transpiration qui s'était montrée les jours

précédents avait disparu. (Bain froid à 26° 11, qu'on réduisit, une minute après, à 23° 33, par addition d'eau froide ; frictions dans le bain et irrigations sur la tête, comme d'habitude ; mais, avant de retirer le malade du bain, on lui versa sur la tête quatre grands baquets d'eau. Durée du bain, dix minutes.) Pas de frisson ; celui-ci ne survint qu'après la sortie du bain. Le pouls était tombé à 80, et la peau devenue plus fraîche. Dans la soirée, nouvelle réaction fébrile ; l'escarre du sacrum commençait à marcher vers la cicatrisation.

Le 11 avril. Pouls à 100; 20 respirations. Le malade était couché sur le côté gauche ; peau sèche ; un peu de transpiration pendant la nuit sur la face et sur la poitrine ; bon appétit, face naturelle ; un peu de constipation; persistance des signes du catarrhe. Le soir, le pouls étant à 116, on revint au bain froid partiel à 26° 11, et, pendant qu'on frictionnait les pieds on versa sur la tête quatre baquets d'eau à 15°. Le tout dura une minute et demie. Pas de frisson.

Le 12 avril. Le pouls était à 104, le 13 à 112. Peau chaude et sèche ; bon appétit, bon sommeil; un peu de transpiration pendant la nuit. On commença l'infusion de quinquina, 30 grammes, trois fois par jour.

Depuis cette époque jusqu'au 22 avril, le malade resta dans le même état : le pouls toujours fréquent, de 100 à 120; la respiration un peu précipitée, mais cette fréquence était due à la faiblesse, car l'appétit était bon, les selles régulières, la langue humide, le sommeil excellent, la toux peu marquée et l'intelligence parfaite. Aussi, sous l'influence d'un régime alimentaire de plus en plus riche, de la mixture du quinquina et du vin de la Moselle, il entra peu à peu en convalescence. A la fin d'avril, il pouvait se lever plusieurs heures par jour, et, peu de temps après, il quittait l'hôpital, parfaitement guéri.

Si j'ai donné le fait précédent avec un soin si minutieux, c'est qu'il m'a paru nécessaire de montrer les effets immédiats du traitement; mais comme les traits principaux de cette observation sont un peu obscurcis par les détails, je crois utile d'en présenter un court résumé, ainsi que des modifications qui me paraissent devoir être rapportées au traitement.

Le malade entra à l'hôpital au onzième jour de sa maladie, dont le début avait été très-bien marqué par le frisson. A son entrée, il avait déjà une violente céphalalgie, de la stupeur, du délire et de l'insomnie. Ces symptômes existaient avec une augmentation de chaleur de la peau, un accroissement fréquent du pouls et de la respiration. Il y avait aussi de la diarrhée et du catarrhe. Un demi-bain froid d'un quart d'heure de durée, associé aux irrigations et aux frictions, fit disparaître la céphalalgie et le délire, diminua l'intensité de la fièvre et produisit un sommeil calme. La durée de la maladie ne paraît pas cependant avoir été abrégée par ce traitement; en revanche, tous les symptômes fâcheux furent tenus en échec par l'emploi journalier de ces bains froids. La céphalalgie ne reparut plus ; il en fut de mêm

du délire, qui ne se montra qu'une seule fois. Le sommeil redevint calme ; la diarrhée et le catarrhe cédèrent de même sans aucun traitement spécial. Vers la fin du troisième septénaire, les symptômes appartenant au système nerveux commencèrent à se dissiper, et, dans la nuit du vingt-troisième jour, une transpiration générale se montra pour la première fois. A partir de ce moment, et malgré la fréquence du pouls, qui appartenait en réalité à la faiblesse, malgré une très-large escarre au sacrum, le malade ne tarda pas à entrer en convalescence.

Obs. II. *Fièvre typhoïde, traitée d'abord par les affusions froides, puis par les bains partiels et les bains tièdes. Guérison au treizième jour du traitement.* — Femme de quarante ans, d'une constitution médiocrement forte, entrée à l'hôpital le 27 septembre, sans renseignements, et présentant une prostration assez prononcée, de la stupeur, de l'apathie, bien que répondant juste aux questions. Lenteur des réponses, céphalalgie, étourdissements, face injectée, peau chaude et sèche; langue un peu chargée, et sèche à son centre, abdomen un peu développé, sensible à la pression dans la région cœcale. Matité splénique commençant à la septième côte, un peu de toux, pas d'expectoration; sibilance et respiration peu distincte des deux côtés en arrière, avec de la crépitation à grosses bulles à la base et à droite. Nombreuses taches typhoïdes sur la poitrine et sur l'abdomen, pouls à 108, mou, assez plein ; 28 respirations. (Eau froide pour boisson.)

Le lendemain, 28 septembre, peau chaude et sèche, langue sèche et brunâtre, fuliginosités sur les lèvres, stupeur, pas de délire pendant la nuit. A cinq heures vingt-cinq minutes du soir, on lui donna une affusion froide avec six seaux d'eau, à 9° cent., qu'on lui jeta sur la tête et sur la poitrine, d'une hauteur d'un pied et demi, en donnant à la malade quelques secondes de repos entre chaque seau d'eau, pour lui permettre de respirer. L'affusion dura deux minutes et demie; en sortant, la stupeur était moindre, la langue molle et humide ; la température avait baissé de 40 8/10 à 39, 2, et le pouls était tombé de 4 pulsations. Il y eut du frisson à la suite. La malade dormit très-peu ; elle se plaignit plusieurs fois, sans avoir de délire.

Le 29 septembre. Stupeur moindre, la connaissance revenue; mais la malade était un peu irritable; face injectée, peau chaude et sèche; langue, lèvres et dents fuligineuses; pouls à 96 ; 31 respirations; pas de garderobes depuis la veille.

Il était évident, malgré la diminution de la stupeur, que l'affusion avait plutôt augmenté que diminué l'irritabilité du système nerveux; par conséquent, nous eûmes recours aux bains partiels (12 pouces d'eau à 22°,22) avec frictions et irrigations sur la tête et sur le tronc. On l'en retira neuf minutes après, parce qu'elle se plaignait d'avoir froid. La température de l'eau avait augmenté de plus d'un degré. La stupeur avait beaucoup diminué ; pas de frisson ; le pouls était tombé de 103 à 88. Un quart d'heure après, elle fut prise d'un violent frisson avec claquement de dents, qui dura plus de trois heures, puis elle s'endormit profondément, à partir de minuit jusqu'au matin, avec quelques interruptions.

Le 30 septembre. La malade a sa connaissance; moins de stupeur, pas de

céphalalgie, mais des étourdissements. Toujours beaucoup de prostration ; face injectée, peau chaude et sèche ; sécheresse de la langue, sensibilité à la pression de la région cœcale, abdomen distendu ; pas de garderobes depuis deux jours. Le soir, comme le pouls était à 115, assez plein, et la peau très-chaude, malgré une transpiration partielle qui occupait la poitrine, on lui donna un bain partiel de sept minutes de durée (6 pouces d'eau à 22° 22). Le frisson ne se montra que près d'une heure après ; il dura une heure et demie, puis la malade s'endormit.

Le 1er octobre. Pouls à 104 ; 32 respirations ; moins de stupeur, réponses plus faciles ; abdomen développé, sensible au niveau de la région cœcale ; pas de garderobes. Il fallut sonder la malade. (Pas de bain.)

Le 2 octobre. Les symptômes fébriles paraissaient plus marqués ; la face était très-injectée, l'abdomen très-distendu, très-sensible vers la fosse iliaque droite ; toujours pas de garderobes ; assoupissement pendant la nuit précédente. Le soir, pouls à 108 ; température de la peau dans l'aisselle à 40° 8 ; 31 respirations. Comme il y avait peu de stupeur, nous nous décidâmes à substituer l'effet sédatif et réfrigérant à l'effet réfrigérant et excitant. (Bain entier de trois quarts d'heure, à 35 degrés.) Elle s'y trouva très-bien.

Le lendemain la peau était moins chaude, l'abdomen moins tendu ; elle avait eu un frisson la veille, après le bain ; mais elle avait bien dormi la nuit. Nouveau bain tiède à 33,89, la malade assise, comme la veille, sur un coussin et soutenue convenablement. On l'en retira une heure après, et le frisson qui survint bientôt ne dura qu'une demi-heure. Bon sommeil à la suite, transpiration générale pendant une demi-heure.

Le 4 octobre, le pouls était à 96, le 5 à 100. La nuit du 4 au 5 avait été bonne et accompagnée de transpiration générale. On lui donna un lavement d'huile de ricin.

Le 6 octobre, la peau étant encore chaude et sèche, et le pouls à 102 le matin, et à 112 le soir, on lui donna un bain tiède à 33° 33 ; et avant de sortir, on lui versa sur la tête trois seaux d'eau, à la température du bain. Il n'y eut pas de frisson ; bon sommeil pendant la nuit.

Le 7 octobre, la constipation subsistant, on lui fit prendre un lavement froid à 22°. Ce lavement n'eut aucun résultat, ainsi que deux autres de même nature ; il fallut lui donner un lavement avec l'huile de ricin.

Dans la nuit du 3 au 9 octobre, transpiration très-abondante pendant trois heures. Bon sommeil, appétit, langue humide, pouls à 84. L'évacuation des urines était devenue volontaire.

Le lendemain 10 octobre, transpiration générale dans la soirée ; et, à partir de ce moment, amélioration si rapide que, le 18 octobre, elle restait déjà assise sur son lit, et que, dix jours après, elle pouvait se lever. Il ne lui survint pas d'escarre ; dans la convalescence, elle avait pris un peu d'infusion de quinquina pour tout médicament.

On a vu, dans l'observation précédente, que nous avons été obligé de renoncer aux affusions froides et d'en revenir aux bains partiels, auxquels nous avons dû renoncer également plus tard, pour leur substituer les bains tièdes. On voit au contraire, dans l'observation suivante, les bons effets des affusions froides.

Obs. III. *Fièvre typhoïde grave au dixième jour ; bain entier tiède, et trai-*

*tement expectant au début; aggravation des accidents au quatorzième jour, emploi répété et continué des affusions froides; guérison au vingt-sixième jour.* — Un tonnelier, âgé de vingt-trois ans, homme fort et robuste, entra à l'hôpital le 13 septembre. Il était tombé malade neuf jours auparavant : céphalalgie, lassitude, douleur dans les reins. Il ne quitta cependant son travail que quatre jours après. Céphalalgie et fièvre plus vives, perte complète d'appétit, un peu de diarrhée. Le lendemain, la faiblesse était telle qu'il ne put quitter le lit. A son entrée à l'hôpital, les symptômes de la maladie n'étaient pas douteux : diarrhée répétée, violente céphalalgie, stupeur, prostration des forces, délire pendant la nuit.

Le 14 septembre, il y avait encore de l'agitation, stupeur profonde, quoique les réponses fussent justes; violente céphalalgie frontale; face injectée; peau chaude et sèche; soif vive, abdomen un peu ballonné; nombreuses garderobes liquides, jaunâtres; langue sèche à son centre; pouls plein, à 122; 34 respirations. Température de la peau à 41° 1. (Bain tiède à 32° 5, de trois quarts d'heure de durée, terminé par des affusions sur la tête avec l'eau du bain).

Sans entrer dans de longs détails, nous dirons que la maladie fut à peu près abandonnée d'abord à la nature, sauf des applications froides sur la tête. Ce qui nous engagea à ne pas employer de traitement actif, c'était la fréquence médiocre du pouls, qui était tombé à 84 ou 86. Cinq jours après; la nature parut faire un effort pour terminer la maladie par une transpiration critique; mais cette crise fut incomplète, et nous nous trouvions au milieu du troisième septénaire, lorsque les symptômes s'aggravèrent d'une manière rapide. Surdité, stupeur et prostration profondes, délire sourd et insomnie pendant la nuit, formation d'escarres au sacrum. Tous ces symptômes indiquaient un épuisement considérable des forces vitales; et nous nous décidâmes, le 21 septembre, à essayer les effets des affusions froides. Nous employâmes quatre seaux d'eau à 10°, que nous versâmes d'une hauteur de trois pieds. La stupeur diminua beaucoup, le malade pouvait tirer sa langue, qui était devenue humide; la face était médiocrement injectée; la chaleur tomba d'un degré, et le pouls descendit de 95 à 76; enfin, il y eut du sommeil pendant la nuit et une transpiration générale de quatre heures de durée.

Le lendemain, 22 septembre, la céphalalgie avait disparu; stupeur moindre; les autres symptômes étaient encore bien marqués; nombreux sudamina, les taches typhoïdes disparaissaient. (Affusion froide de deux minutes de durée, avec six seaux d'eau à 10°, versés d'une hauteur de trois pieds.) Sommeil pendant toute la nuit et transpiration abondante.

Le 23 septembre, à peine de la stupeur; face meilleure; surdité moindre; température de la peau à 39° 9. Le malade tirait sa langue, qui était encore sèche. On cessa les applications froides sur la tête, et on continua les affusions froides.

Le 24 septembre. Bon sommeil pendant toute la nuit, à la suite de l'affusion; transpiration pendant une heure, dans la matinée. Quatre garderobes toujours involontaires; stupeur moindre; langue encore sèche et brune. Pouls à 86. (Affusions froides avec de l'eau à 6° 67, d'une hauteur d'un pied et demi.)

Le 25 septembre, le pouls était à 96; le 27, à 72. Les affusions, interrompues le 25, furent reprises le 26, continuées le 28 septembre et le 1er octo-

bre, pour la dernière fois. Chaque affusion eut pour résultat de produire une transpiration générale et de diminuer notablement la stupeur. Quelques symptômes de catarrhe, qui s'étaient montrés le 25 septembre, ne furent nullement aggravés par les affusions. A partir de ce jour aussi, l'appétit commença à se réveiller. Néanmoins, le malade n'entra véritablement en connaissance qu'à partir du 4 octobre. Dès la veille, le pouls était tombé à 72. Appétit très-vif, digestions excellentes, les forces se rétablirent rapidement. Dans les derniers jours, il prit un peu d'infusion de quinquina, mais sans que la convalescence parût en être hâtée. Il quitta l'hôpital à la fin du mois, parfaitement guéri.

Certes, le fait qui précède est bien de nature à montrer toute la puissance des affusions froides pour diminuer la fièvre, faire tomber la stupeur et amener un sommeil calme et réparateur ; mais ce que je tiens surtout à faire remarquer, c'est l'erreur professée par quelques personnes, qui prétendent qu'on ne doit pas employer les affusions froides après le second septénaire, dans la crainte que le malade, débilité par une longue maladie, ne puisse résister au violent ébranlement causé par l'affusion. Chez le malade qui fait le sujet de l'observation précédente, l'affusion a été employée pour la première fois le 21 septembre, c'est-à-dire le treizième jour, en comptant du moment où le malade a quitté son travail, ou le dix-huitième, si l'on part du début des accidents.

Les symptômes que le malade présentait au moment où nous avons fait usage de l'eau froide étaient sans aucun doute des plus graves, et les affusions ont, non-seulement produit une diminution dans l'intensité de la fièvre et un sommeil calme, mais encore ont été suivies d'efforts très-marqués de la nature pour terminer la maladie par une transpiration critique. Bien que ce résultat favorable n'ait pas été obtenu entièrement, la fièvre, tout en continuant, n'a jamais repris son intensité première ; elle était surtout marquée par la stupeur et l'élévation de la chaleur animale. Il fallut revenir six fois aux affusions pour en débarrasser complétement le malade ; de sorte que, en comptant au plus bas, les affusions froides ont été appliquées à plusieurs reprises, et avec un succès marqué dans ce cas, au troisième, même au quatrième septénaire de la maladie ; ce qui permet de poser en principe, que toutes les fois que les symptômes en réclament l'emploi, les affusions froides peuvent être employées sans aucun danger et avec avantage, à quelque période des affections fébriles que ce soit.

# THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

### CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR UN NOUVEAU SEL D'ARGENT : L'HYPOSULFITE DE SOUDE ET D'ARGENT.

(Suite et fin (1).

Quant à l'usage externe de ce sel, il ne paraît offrir aucun danger. Son efficacité comme modificateur topique m'a été démontrée par un assez grand nombre d'expérimentations. Je suis loin de croire qu'il soit appelé, sous ce rapport, à effacer l'azotate d'argent ; je suis arrivé seulement à reconnaître que, dans quelques circonstances, il peut lui être substitué avec avantage ; ce sera surtout lorsque, l'on croira devoir faire choix d'un topique moins irritant ou moins susceptible d'altérer la texture superficielle des tissus, ou lorsque, l'azotate d'argent ayant échoué, on lui cherche souvent avec un certain embarras un analogue, un succédané parmi les nombreux agents de la médication que l'on appelle aujourd'hui *substitutive*.

Ainsi, je pense qu'il mérite d'être essayé dans le traitement des ulcères rebelles, en injection dans les foyers purulents, dans les trajets fistuleux, les flux chroniques de l'oreille externe et des fosses nasales, en collyres dans les maladies oculaires ; parmi ces dernières, mon expérience ne me permet de citer que la conjonctivite aiguë, après amendement des premiers symptômes inflammatoires, que j'ai vue quelquefois heureusement influencée par des dissolutions étendues de ce sel. Quelquefois encore je l'ai vu réussir en lavement contre les flux intestinaux; mais je donne la préférence à l'azotate d'argent, surtout quand il est employé concurremment avec l'albumine suivant la méthode que j'ai fait connaître antérieurement (*Bull. de Thérap.*, 1851).

C'est dans le traitement de l'urétrite, soit aiguë, soit chronique, que j'ai le plus employé l'hyposulfite de soude et d'argent, et c'est là aussi que j'ai le plus éprouvé son efficacité. Je suis trop disposé à mettre au rang des prétentions exagérées la préconisation de toute injection prétendue infaillible dans le traitement de la blennorrhagie, pour en prôner une nouvelle comme spécifique. Tous les praticiens savent à quoi s'en tenir sur la possibilité d'appliquer une méthode

(1) Voir la livraison du 15 octobre, page 289.—Un erratum est à signaler dans ce dernier article, afin de ne pas laisser peser sur l'auteur une grosse erreur de chimie. Page 293, ligne onzième, *au lieu de* sulfate d'argent, *lisez* : sulfure d'argent.

unique d'injection à la cure de cette affection si souvent désespérante par sa ténacité. Sans parler de la blennorrhagie virulente qui, tarie ou non, réclame autre chose qu'un traitement topique, quand on veut par l'injection guérir d'emblée ou achever de guérir après une médicamentation antérieure un écoulement blennorrhagique, il faut s'attendre à plus d'un mécompte si l'on n'accorde sa confiance qu'à un seul agent modificateur. L'expérience a jugé ces théories intolérantes, ces méthodes inflexibles ; elle apprend surabondamment que nulle d'entre elles n'est applicable, à titre absolu, à tous les cas, et que, dans les cas rebelles, ce n' est pour ainsi dire qu'en tâtonnant que l'on finit par trouver le remède qui enlève la dernière goutte du suintement urétral. Aussi, malgré la préférence exclusive accordée par quelques médecins à tel ou tel médicament, l'azotate d'argent, l'acétate de plomb, le sulfate de zinc, le tannin, l'alun, etc., sans s'exclure l'un l'autre, resteront dans la thérapeutique empirique, sinon rationnelle, de la blennorrhagie, parce qu'il est de notoriété clinique que l'essai de plusieurs agents topiques est souvent à faire, et que l'on ne rencontre pas toujours du premier coup celui qui ramène la muqueuse génito-urinaire à ses conditions normales.

Eh bien ! l'hyposulfite de soude et d'argent est appelé purement et simplement à se placer parmi ces modificateurs ; on ne met point ici en question sa prééminence ; dans la pratique ordinaire, je concéderais même son infériorité vis-à-vis des astringents purs ; mais j'engage à y recourir avec confiance, quand ceux-ci ou d'autres médicaments auront échoué. Il m'a rendu surtout de bons services dans le traitement des écoulements chroniques et à la fin de la période d'acuité, et je puis certifier que ces écoulements ont été enlevés parfois avec une extrême rapidité.

J'ai employé des doses très-variables. Ainsi, pour tenter un parallèle avec la méthode abortive par l'azotate d'argent, j'ai poussé dans l'urètre des solutions de 1 et même 2 grammes de sel dans 30 grammes d'eau ; la douleur tantôt vive, tantôt modérée, a toujours été moins forte que celle suscitée par l'azotate à dose moitié moindre ; j'ai réussi rarement à suspendre l'écoulement d'une manière complète.

J'ai eu plus à me louer de l'emploi des petites doses, et l'injection composée de 50 centigrammes à 1 gramme de sel pour 100 d'eau distillée est une de celles qui m'ont le mieux réussi dans le traitement de la blennorrhagie chronique.

Quelle action exerce ce sel sur les parois de l'urètre ? A hautes doses, il m'a semblé produire des effets cathérétiques comparativement aux effets caustiques produits par l'azotate d'argent en solution con-

centrée. Le muco-pus expulsé après l'injection était moins épais, contenait des concrétions pelliculaires en plus petite quantité que lorsque l'on a fait usage de l'injection abortive à l'azotate d'argent. En outre, ces concrétions étaient beaucoup moins plastiques, et elles ne se sont pas montrées toujours. A petites doses, la douleur était légère ou nulle le plus souvent. L'action astringente des solutions étendues d'hyposulfite de soude et d'argent est si faible que l'on peut à peine la faire entrer en ligne de compte dans la caractérisation de leurs effets thérapeutiques. Ce sel, auquel on trouvera sans doute, comme à tous les médicaments argentiques, après son absorption, des propriétés sédatives et antispasmodiques, produit peut-être dans la circulation capillaire locale de l'urètre une action hyposthénisante qui détruit les conditions de l'état inflammatoire, aigu ou chronique, par lequel l'écoulement est entretenu. Mais c'est là une explication trop spéculative pour que j'y tienne, et mieux vaut se borner à dire que ce nouvel agent, comme tant d'autres, en tant que modificateur topique, n'est pas encore rigoureusement appréciable dans son mode d'action.

Docteur J. Delioux.

---

## CHIMIE ET PHARMACIE.

---

### NOTE SUR LES TANNATES DE QUININE ET DE CINCHONINE.

La rareté de plus en plus grande des bonnes sortes de quinquina, et par contre le prix toujours croissant du sulfate de quinine, ont suscité, dans ces dernières années, de nombreuses recherches pour trouver des succédanés à ce dernier produit. C'est ainsi que tour à tour on a préconisé le sel ammoniac, déjà employé par les anciens, le sel marin, l'hydroferrocyanate de potasse et d'urée, l'acide arsénioux, le tannate de quinine, etc. Si l'expérience a déjà prononcé relativement à quelques-uns de ces produits, il en est aussi sur lesquels elle n'a pas encore dit son dernier mot : de ce nombre est le tannate de quinine. Quoique connu des chimistes depuis longtemps, ce n'est que tout récemment que ce sel a été introduit dans le domaine de la thérapeutique, et cela d'après cette opinion émise pour la première fois par Berzélius, à savoir qu'il se rapproche à la fois et du sulfate de quinine par la fixité de sa composition, et du quinquina par la nature de ses principes constituants. Et, en effet, ce composé est un sel parfaitement défini et qui a les plus grands rapports avec ce que les chimistes désignent sous le nom de rouge cinchonique, produit qui prend naissance dans tous les cas où le quinquina se trouve en pré-

sence d'un véhicule aqueux ou alcoolique, et qui est formé de tannin et des alcaloïdes particuliers à cette écorce.

Le tannate de quinine s'obtient par la décomposition d'un sel quinique au moyen de l'acide tannique. Ainsi, lorsqu'on verse une solution de tannin dans une solution d'un sel à base de quinine, il se produit un précipité de tannate de quinine; mais le meilleur mode de préparation de ce composé consiste à traiter l'acétate de quinine obtenu du sulfate pur par le tannin de Pelouze, à recueillir le précipité, le laver et le sécher. Ainsi obtenu, le tannate de quinine est une poudre amorphe, d'un blanc jaunâtre, peu soluble dans l'eau, et, comme le sulfate de quinine, pouvant se conserver sans altération. Il est formé de deux atomes d'acide tannique et d'un atome de quinine, ou, en centièmes, de

| | |
|---|---|
| Acide tannique. . . . . . . | 69,55 |
| Quinine . . . . . . . . . . | 30,45 |

En raison de sa forme pulvérulente et amorphe, le tannate de quinine peut se prêter beaucoup plus facilement aux falsifications que le sulfate de quinine qui est toujours cristallisé; aussi est-il de toute nécessité de s'assurer, avant son emploi, de la pureté de ce produit; on y parvient de la manière suivante. On prend 5 grammes du tannate que l'on veut essayer, on le réduit en poudre fine et on le mêle intimement avec 8 grammes de chaux éteinte et suffisante quantité d'eau pour en former une pâte molle, après quoi l'on soumet ce mélange à l'ébullition avec 40 à 50 grammes d'alcool rectifié. Après quelques instants d'ébullition, on filtre la liqueur que l'on évapore ensuite à une douce chaleur. Vers la fin de l'opération, on sature avec un léger excès d'acide sulfurique, puis on précipite par l'ammoniaque. L'alcaloïde étant bien lavé, on le combine de nouveau avec l'acide sulfurique pour en obtenir le sulfate que l'on soumet enfin aux divers moyens employés pour constater la pureté de ce corps. On peut encore, après la précipitation par l'ammoniaque, traiter le précipité par l'éther qui dissout la quinine, décanter le produit éthéré, le faire évaporer à siccité, et du poids de l'alcaloïde obtenu en déduire la pureté du tannate soumis à l'essai : 5 grammes de tannate doivent donner 1,52 de quinine pure.

Le tannate de quinine s'administre généralement sous la forme de pilules ou enveloppé dans du pain à chanter; mais on peut aussi, en raison de son peu d'amertume, le faire prendre en pastilles ou en poudre délayée dans du sirop. Disons cependant que pour certaines personnes très-impressionnables, son amertume, que l'on ne peut comparer à celle si intense du sulfate de quinine, est encore assez prononcée pour ne point leur permettre d'en faire usage sous ces deux dernières formes.

Le tannate de cinchonine a été aussi indiqué comme succédané du sulfate de quinine et au même degré que le tannate de cette base. Quelques expériences tentées en Italie, et dont nous rapportons les résultats au Répertoire, nous engagent à mettre sous les yeux de nos lecteurs le mode de préparation de ces nouveaux sels de quinine.

Le tannate de cinchonine, dont les propriétés se calquent, si nous pouvons nous exprimer ainsi, sur celles du tannate de quinine, s'obtient de la même manière et s'administre aux mêmes doses et sous les mêmes formes. D.

---

DE L'IODE DANS LES POMMES DE TERRE.

Dès la plus haute antiquité, les philosophes, les naturalistes, les agronomes ont reconnu que la nature du sol influe d'une manière puissante sur la beauté physique, la qualité et la propriété nutritive des végétaux.

Les alchimistes du moyen âge ont cherché, mais en vain, à expliquer pourquoi tel terrain est plus propre que tel autre à la végétation.

L'honneur de dévoiler ce mystère était réservé à la chimie moderne ; ce sont, en effet, les travaux de MM. Vauquelin, Gay-Lussac, Thénard, Leuwenhock, Dutrochet, Lassaigne, Bouchardat, Soubeiran et plusieurs autres savants qui ont démontré d'une manière évidente que la nature des engrais, la présence naturelle ou artificielle de certaines solutions métalliques répandues sur le sol, influent sur le développement des plantes et sur leurs qualités nutritives. Ils ont même démontré qu'un végétal peut absorber des substances toxiques pour l'homme et les animaux.

Aussi nos recherches ont eu un autre but, celui de déterminer quels sont les principes qui manquent à une substance végétale pour être égale en qualité à ses congénères, et nous n'avons pu voir que ce qu'on sait déjà, que la cause en est due à la plus ou moins grande quantité de fibres qu'elle contient, et à l'abondance des principes assimilables.

Nous avons analysé des fruits et des légumes venant du Berri, de la Provence, et des environs de Paris ; ils avaient tous une saveur à peu près la même, mais ils variaient sensiblement dans leurs produits ; les uns étaient riches en albumine, d'autres en chlorophile, d'autres en fécule, d'autres en principes salins, huileux ou résineux.

Les pommes de terre de Calais nous ont fourni une observation digne d'intérêt : Saint-Pierre-lez-Calais est renommé à plus de vingt lieues à la ronde par la qualité de ses pommes de terre ; elles poussent dans une terre mêlée de sable, toujours humide des eaux de la mer.

L'analyse que nous en avons faite nous a démontré qu'elles contiennent, en plus que les pommes de terre de Paris, une quantité plus grande d'hydrochlorate de soude et de saponine, en outre, une trace d'iode. Certes, l'excédant des deux premiers corps et la présence du dernier ne peuvent influer sur la bonté de ce légume ; à quoi donc l'attribuer? La nature a ses secrets. Stan. MARTIN.

---

MOYEN D'OUVRIR LES FLACONS BOUCHÉS EN VERRE.

M. Dorvault indique, dans son Officine, plusieurs procédés pour déboucher les flacons bouchés à l'émeri ; ce pharmacien admet, avec juste raison, que parmi eux il en est d'impraticables.

Comme en toutes choses les moyens les plus simples sont toujours ceux que l'on doit préférer, et qu'abondance de procédés ne nuit pas, nous donnons celui dont se servent les flaconniers, parce qu'il est très-peu connu et qu'il réussit assez bien.

On prend le flacon dans la main gauche, on soutient l'extrémité du bouchon avec l'index, et de la main droite, au moyen de la tige d'une forte clef, on imprime un frottement qui part de la naissance du col du flacon ou de la bouteille jusqu'à l'extrémité du bouchon; on réitère cette friction sur les quatre faces. Si l'adhérence est produite par du sucre, on lave le col du flacon avec de l'eau chaude; si elle l'est par des huiles ou des résines, on y met de l'essence de térébenthine. Stan. MARTIN.

---

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

---

DE LA PRÉÉMINENCE DU TARTRE STIBIÉ A FAIBLES DOSES SUR L'OPIUM ET SES PRÉPARATIONS DANS LE TRAITEMENT DU CATARRHE CHRONIQUE ET DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Aux divers articles relatifs à l'action thérapeutique du tartrate antimoniaco-potassique dans les affections thoraciques que j'ai publiés dans le *Bulletin de Thérapeutique*, je crois de circonstance d'ajouter quelques remarques sur le mode d'emploi de ce précieux agent. Lorsqu'un état morbide quelconque, ayant pour symptôme prédominant la toux, se présente chez l'adulte, il est probable qu'il y a indication d'employer le tartre stibié. Je me borne, dans cette note, aux deux manifestations pathologiques suivantes : 1° bronchite sous toutes ses formes ; 2° phthisie pulmonaire.

Qu'un rhume se déclare, le malade se prescrit lui-même les infusions béchiques dont l'usage est populaire, et au bout d'un septénaire

environ, il retrouve son état de santé. Mais il n'en est pas toujours de même. Si donc la bronchite persiste et qu'elle soit intense, on appelle le médecin, qui, lui, aux divers sirops, ne manque pas de joindre une préparation opiacée. Dans quelques cas il guérit. Pour ceux qui sont réfractaires, continuera-t-il indéfiniment les opiacés ? Evidemment non. Dans ces circonstances surtout, je prescris le tartre stibié en des proportions faibles, et qui nécessairement varient suivant le temps pendant lequel je prévois que le traitement doit durer et aussi suivant le plus ou le moins d'expectoration.

En consultant le travail de M. Gintrac (de Bordeaux), Mémoire que l'Académie de médecine de Paris a couronné, on voit que pour quarante-un malades affectés de bronchite et soumis par lui au tartre stibié à haute dose, le traitement a duré de cinq à trente jours. Les effets thérapeutiques ont été extrêmement satisfaisants; les révélations physiologiques variables et du reste peu marquées sur le tube digestif. Quoi qu'il en soit de ce succès, je me suis borné, dans des circonstances semblables, à prescrire le tartre stibié à doses très-faibles, et j'ai obtenu pour résultat tantôt la disparition complète de la maladie, tantôt un amendement considérable de l'élément toux, et par suite de l'état pathologique. Une remarque théorique trouve ici sa place. Avec l'opium et ses préparations, vous calmez la toux sans influencer en rien sa cause physique. Avec le tartre stibié, quelle qu'en soit la dose, si vous enlevez la toux, vous supprimez en même temps la cause qui la produisait, distinction essentielle qui constitue pour moi un aphorisme et qui va trouver son explication à propos de l'engouement tuberculeux.

Laënnec s'exprime ainsi au sujet du catarrhe pituiteux idiopathique : « Les caractères anatomiques de cette affection sont un gonflement médiocre de la membrane muqueuse pulmonaire, qui semble légèrement ramollie et ne présente que peu de rougeur, et seulement çà et là. Sous ces rapports, l'affection dont il s'agit semble être sur la limite qui sépare les congestions séreuses des congestions sanguines, et appartenir plutôt aux premières qu'aux dernières. » Un catarrhe chronique suppose une modification de la muqueuse bronchique qui ne gît le plus souvent que dans le ramollissement de celle-ci et son hypersécrétion.

Pour que le tubercule se développe dans le parenchyme pulmonaire, on admet une hyposthénie constitutionnelle. D'où il résulte que le genre de sécrétion qui entoure le produit anormal a rarement été le reliquat d'une inflammation franchement aiguë; sa marche, au contraire, a été lente, et sa physionomie, comme pour le catarrhe chronique, plutôt celle d'une congestion séreuse que d'une hypérémie.

Elle tient aussi de la pneumonie chronique. De même qu'une pneumonie aiguë se résout par le tartre stibié à dose rasorienne, de même celle qui nous occupe peut se juger par le même agent. Je ne parle pas de l'état local, ne perdant pas de vue l'hypothèse générale.

Dans des articles précédents, j'ai cité plusieurs exemples d'asthmes, bronchites et phthisies à divers degrés, qui ont été sensiblement amendés, et même guéris par l'emploi du tartre stibié à faibles doses. J'ai déjà dit que je les augmentais graduellement suivant l'urgence. Je puis même reproduire brièvement le cas d'un confrère phthisique à la deuxième période et en proie à une fièvre hectique depuis six semaines. Le découragement s'était emparé de son esprit. Appelé près de lui, je dus chercher à détourner de sa pensée l'idée de tuberculisation, attendu qu'à sa conversation je voyais mon diagnostic devoir être pour lui un trait de foudre ou une lueur d'espérance. Je lui annonçai une pneumonie latente. Et, en effet, autour des tubercules en voie de ramollissement, je reconnus du râle crépitant limité. Ma prescription fut la suivante : 1 décigramme d'émétique dans 125 grammes d'eau distillée, à prendre par cuillerée à bouche de deux heures en deux heures. A la troisième cuillerée, commencèrent les vomissements ; plus tard la tolérance s'établit. Entre cette première solution et la seconde, nous mîmes six heures d'intervalle. Enfin, trois solutions jugèrent la maladie. A la visite du quatrième jour, je trouvai le malade levé, présentant un air radieux ; il me tendit la main, en disant : mon ami, vous m'avez sauvé, nous savons guérir la phthisie. Une année entière s'écoula avant qu'il fût de nouveau arrêté. Cette fois, nous nous bornâmes au tartre stibié à faible dose; nouvelle guérison. Enfin, je le perdis de vue, et deux ans plus tard il succomba à la consomption pulmonaire.

Nombre de fois j'ordonnai les préparations d'opium, et je constatais que, tout en calmant la toux, l'état général empirait beaucoup plus rapidement que si je n'eusse rien prescrit du tout.

Ma formule est :

Pr. Tartre stibié . . . . . . . . 0,05 centigrammes.
Extrait de réglisse . . . . . 6,00 grammes.

A diviser en 25 pilules.

Trois par jour, jamais plus de six dans la même journée. Souvent une première préparation de 25 pilules peut amener une amélioration notable telle, que le malade se croit guéri. Du reste, si on la renouvelle, j'engage à mettre quelques jours d'intervalle entre la première et la seconde.

On voit qu'il n'y a point de parallèle à établir entre mon traite-

ment et celui de M. Gintrac, puisque l'un et l'autre ont leurs indications spéciales. Je dois, toutefois, constater que les malades n'éprouvent aucune répugnance à prendre un médicament qui, de cette manière, ne provoque jamais de vomissements, et que très-rarement des déjections alvines.

Une dernière question complétera cet article, celle de la méthode endermique par des frictions émétisées. J'omets avec intention de parler de l'effet de la pommade d'Autenrieth qui a été essayée par tous les médecins. Dans ces derniers temps, on a beaucoup parlé d'une pommade d'émétique au 30ᵉ. Ainsi : pr. tartre stibié, 1 gramme, axonge, 30 grammes. En somme ses effets ont été plus lents que si le médicament eût été ingéré dans l'estomac. Mais ils n'en sont pas moins constants. Souvent ils n'ont commencé à se révéler qu'après cessation des frictions. Et il y a eu, dit-on, imbibition s'ils ne se sont manifestés qu'à l'extérieur ; absorption, lorsqu'ils ont arrêté la toux sans pour cela laisser de trace extérieure. Le premier de ces actes est physique, le second physiologique. Je crois qu'ils ont souvent existé simultanément ; car l'action des forces vitales ne prive pas la matière organisée des propriétés que possèdent nécessairement, par les lois de la physique, tous les corps de la nature, organiques ou inorganiques.

E. Bernardeau, D. M. P.
à Tours.

---

REMARQUES SUR UN FAIT DE LUXATION DU POIGNET, SANS FRACTURE.

Personne ne conteste aujourd'hui les luxations du poignet. Devant les faits bien observés de MM. Marjolin fils, Voillemier, Cruveilhier et autres, il n'est plus permis d'accepter la théorie de Dupuytren, qui, jugeant la question seulement d'après les faits qu'il avait observés, concluait à leur non-existence, et ne voyait dans les cas rapportés par les auteurs que des fractures de l'extrémité inférieure du radius. Mais si ces luxations ne sont plus réputées impossibles, il faut convenir qu'elles sont rares. Les faits publiés jusqu'à ce jour sont peu nombreux, quelques-uns même n'ont pas été acceptés sans objection. On les repoussait comme compliqués de graves lésions extérieures et de fractures ; dans celui qu'il m'a été donné d'observer, il n'y a pas eu la moindre complication : la luxation était simple. — Malgré le petit nombre de faits, la symptomatologie ne laisse rien à désirer ; le diagnostic est très-facile, cette lésion ne ressemble à aucune autre. Il n'en est pas de même du mécanisme. Ici, presque autant d'explications que de faits, et cela se comprend. Les chutes d'un lieu élevé, causes ordinaires de ces lésions, peuvent se faire de tant de

manières, la violence du choc peut être si différente, l'individu par la contraction ou le relâchement des muscles peut déployer une résistance si variable, que les faits semblables en apparence ne sont pas susceptibles de la même explication. Du reste, il y a toujours quelque chose d'inconnu dans l'accident dont le malade ne peut bien rendre compte ; aussi est-il très-difficile d'analyser, dans un cas particulier, la suite des mouvements de la main et du poignet, et des déplacements du carpe jusqu'à la production de la luxation. On en jugera par le fait suivant. Ici ce n'est plus une chute d'un lieu élevé sur la main, c'est une machine énorme et très-lourde qui tombe, presse sur la main et produit la luxation. Voici le fait :

Le nommé Varou (Jacques) travaillait avec d'autres ouvriers à déplacer une grande chaudière au moyen d'un levier, lorsque celle-ci glisse vers lui et l'accule contre un mur. Transporté le jour même à l'Hôtel-Dieu de Marseille, et soumis à notre examen deux heures après l'accident, il nous offrit les lésions suivantes : la main droite est portée dans l'adduction, légèrement fléchie ainsi que les doigts et regardant un peu en dehors. Comparée à la main gauche, elle paraît raccourcie. Elle est peu tuméfiée ainsi que le poignet. Celui-ci, considérablement déformé, offre une saillie arrondie placée transversalement sur sa face dorsale. A la partie supérieure, cette saillie donne à travers les parties molles la sensation de surfaces lisses convexes qui appartiennent au scaphoïde et au semi-lunaire ; celle du pyramidal ne peut être sentie. Les tendons extenseurs soulevés se dessinent sur la tumeur.

En avant, au niveau des plis du poignet, existe une dépression considérable où pourrait se loger un doigt placé en travers. Cet enfoncement est borné en haut par la surface articulaire radio-cubitale que l'on sent à travers la peau. Il est plus prononcé du côté du radius où il offre 1 centimètre de profondeur. Les apophyses styloïdes sont senties en avant. Pas de crépitation ; les mouvements imprimés sont douloureux. Nous avons donc sous les yeux une luxation du poignet en arrière.

Cet homme a éprouvé, en outre, une violente contusion de l'abdomen et de la base de la poitrine : ballonnement considérable de l'abdomen, douleur très-vive surtout à l'épigastre, oppression, anxiété extrême, pouls petit et fréquent, sueurs froides. Il s'est probablement produit un épanchement sanguin intra-abdominal.

La réduction faite quatre ou cinq heures après l'accident n'a présenté aucune difficulté. Un aide tire sur l'avant-bras et opère la contre-extension; un second tire sur la main, puis la porte dans l'abduc-

tion, en sens contraire des parties luxées, le chirurgien presse sur les os du carpe qui rentrent facilement et sans bruit.

Des compresses résolutives sont appliquées et maintenues pendant plusieurs jours sur le poignet.

Voici, d'après les renseignements que nous avons pu obtenir du malade, dans quelles circonstances s'est produite cette luxation du poignet.

Le levier dont il se servait était placé comme un levier du second genre : une de ses extrémités passée sous la chaunière avait le sol pour appui, l'autre était saisie des deux mains, la main droite placée supérieurement. Le bras droit était étendu ; l'ouvrier poussait fortement en avant, quand tout à coup la chaudière fond sur lui et l'accule contre le mur. Le choc est tel que le bras, d'étendu qu'il était, est vivement ramené vers le tronc et le coude fléchi ; la main dans cette position si gênante se fléchit aussi, lâche le levier qui vient frapper et presser sur la partie interne de l'avant-bras. La main se trouve ainsi prise entre le levier et la chaudière ; celle-ci, l'atteignant par sa face dorsale, pèse sur elle de tout son poids, exagère sa flexion, et produit ainsi la luxation du poignet en arrière. C'est là tout ce qu'il nous a été donné de connaître. Ce mécanisme, qui suffit pour nous faire comprendre la luxation, ne nous rend pas raison de la position de la main luxée qui était, comme je l'ai dit, portée dans l'adduction et un peu dans la rotation en dehors. Mais comment savoir l'exacte position de la main lorsque la luxation s'est produite?

Les jours suivants, les symptômes que ce malade présentait du côté de l'abdomen se sont aggravés, une péritonite s'est déclarée et a fait craindre pour ses jours. Elle s'est heureusement limitée à la région épigastrique. Après vingt-cinq jours de maladie, il est entré en convalescence. Depuis, cet homme est sorti guéri de l'hôpital et peut se servir très-bien de sa main.

DUMAS,
à Marseille.

## BIBLIOGRAPHIE.

*Traité des maladies vénériennes*, par A. VIDAL (de Cassis), chirurgien de l'hôpital des vénériens. Un volume in-8° de 552 pages, avec planches gravées et coloriées. Paris, chez Victor Masson.

M. Vidal est, comme on sait, l'auteur d'un Traité de pathologie externe et de médecine opératoire, devenu classique et dont trois éditions successives n'ont fait que consolider davantage le succès. Au milieu des nombreuses et importantes améliorations que notre savant confrère a fait subir à son œuvre, une lacune se faisait néanmoins sentir,

lacune d'autant plus regrettable qu'il lui était plus facile de la combler et avec une supériorité réelle ; nous voulons parler de l'histoire des maladies vénériennes. Placé, depuis plus de dix années, à la tête de l'un des services chirurgicaux de l'hôpital des vénériens, profondément versé dans l'histoire des maladies syphilitiques, réunissant à des connaissances chirurgicales très-élevées des notions saines et positives sur la pathologie médicale, M. Vidal se trouvait véritablement dans une position exceptionnelle et on ne peut plus favorable pour élever, lui aussi, son monument, pour juger et apprécier le mouvement scientifique de notre époque relativement à ces maladies. Une seule chose nous préoccupait : la part que M. Vidal a prise à des discussions récentes, et en particulier à celle qu'a soulevée la transmissibilité des accidents secondaires, ne l'engagerait-elle pas dans une polémique trop étendue et trop agressive? saurait-il s'affranchir des préoccupations et des préjugés que de pareils débats entraînent toujours avec eux? serait-il juste pour ses adversaires qui ne l'ont peut-être pas été toujours pour lui ? Eh bien ! ce nous est une douce satisfaction de dire que M. Vidal a su se mettre, dans son livre, au-dessus de toute préoccupation mesquine et de tout esprit de parti. Tout en défendant ses opinions, et même avec une certaine chaleur, il ne leur accorde dans cet ouvrage qu'une place restreinte et mesurée, et ne s'écarte jamais des bornes de la modération et de la justice.

M. Vidal l'a dit avec raison : presque tous les livres qui ont été écrits sur les maladies vénériennes ont pour but plus ou moins franchement avoué d'édifier ou de renverser un système ; mais ces productions, qui se font remarquer quelquefois par une dialectique élevée et brillante, ne s'adressent guère qu'à ceux qui savent. Il fallait faire un livre surtout dans l'intérêt de ceux qui ne savent pas et qui n'ont pas beaucoup de temps pour apprendre; il fallait écrire pour les modestes praticiens qui n'arrachent qu'à grand' peine un instant de repos à des occupations incessantes et laborieuses, pour les élèves qui, surchargés de travaux et d'études de tout genre, seraient souvent exposés à prendre la charge d'une clientèle, sans connaître des maladies qui jouent un rôle si important dans la médecine usuelle; il fallait résumer les faits, les idées, les pratiques que la science a recueillis du naufrage des systèmes, en faire un tout susceptible de guider médecins et élèves et de leur permettre de saisir l'ensemble des connaissances qui composent la spécialité médicale appelée syphiliographie. C'est ce que M. Vidal a exécuté avec bonheur, s'attachant à faire la part de tous, sans rigueur, sans faiblesse. Si nous avions même un reproche à lui faire, ce serait d'avoir trop souvent effacé sa personnalité devant ceux qui

l'ont précédé dans la carrière, d'avoir apporté une trop grande modestie, une trop grande défiance de lui-même dans des questions que sa longue expérience lui permettait de résoudre avec quelque autorité ; car, si rien n'est plus dangereux pour les études et pour la pratique que de revêtir des formes de la certitude et d'appeler certitude ce qui peut n'être que probable ou très-incertain, rien n'est aussi plus inquiétant, plus désespérant pour l'esprit humain que le doute et l'incertitude ; et il est peut-être aussi dangereux de ne pas croire que de croire.

Sous le titre de notions préliminaires et après quelques mots sur la synonymie, M. Vidal a placé un aperçu historique très-bien fait des maladies vénériennes, qu'il a fait suivre de quelques notions générales sur le virus syphilitique et ses principaux effets. Quelques réflexions sur les causes d'erreur dans l'observation, sur la valeur réelle de l'expérimentation directe, sur la syphilisation et sur la transmissibilité des accidents secondaires complètent cette introduction vraiment remarquable, mais qui touche à des questions que nous avons agitées nous-même trop récemment pour que nous y revenions aujourd'hui.

Maladies vénériennes dites primitives, maladies vénériennes dites consécutives ou vérole, voilà pour M. Vidal le seul cadre dans lequel on puisse ranger les maladies syphilitiques. Aller au delà, apporter dans cet arrangement une précision plus grande et comme mathématique, telle que l'ont fait quelques esprits de notre temps, c'est forcer les faits et l'observation. Nous reconnaissons, sans doute, ce qu'a de factice cette classification en périodes des phénomènes qui appartiennent à l'évolution naturelle de la syphilis; mais si on l'accepte sans lui donner le titre ambitieux de *loi*, si l'on se contente de la considérer comme la représentation la plus générale, la plus ordinaire des faits, nous ne voyons que des avantages dans cette division des accidents syphilitiques en primitifs, secondaires, tertiaires. Il faut bien le remarquer d'ailleurs, cette division ne tranche pas les questions litigieuses de l'histoire de la syphilis ; elle laisse pendantes les questions de nature, de propagation, de virulence, pour s'en tenir à la considération de la marche. Oui certainement, l'accident secondaire peut survenir après le tertiaire et *vice versâ*. Mais M. Vidal voudrait-il poser cela en principe? Nous n'avons pas sous la main de recherches statistiques, mais nous croyons pouvoir, sans nous compromettre, affirmer qu'à part certains accidents dont le développement hiérarchique n'est pas bien determiné, la plupart suivent dans leur apparition une régularité assez grande, aussi constante que le comporte le domaine particulier dans lequel se fait cette observation,

domaine éminemment variable de sa nature. Mais tout cela, comme on e voit, ne touche pas au fond des choses, et, tout en regrettant que M. Vidal n'ait pas suivi ce qu'il appelle l'ordre *triadique*, nous reconnaissons que cet ordre ne se présente pas avec des caractères assez rigoureux et assez impératifs pour qu'un bon esprit ne puisse en conester les bases, et que d'ailleurs M. Vidal y a satisfait jusqu'à un certain point en étudiant les accidents syphilitiques dans l'ordre dans lequel on les observe le plus ordinairement.

La première section ou les maladies primitives renferment des maladies virulentes et non virulentes, la blennorrhagie et ses conséquences et complications, le chancre, le bubon, les végétations, et à l'extrémité, comme sur un plan intermédiaire entre les maladies primitives et les maladies consécutives, les pustules muqueuses. Dans le deuxième ordre, nous retrouvons les maladies consécutives, qu'elles affectent la peau ou ses dépendances, les membranes muqueuses, les yeux, le testicule, le tissu cellulaire, les muscles, les tendons et les aponévroses, les os et le périoste et les viscères. La troisième section traite des maladies vénériennes des nouveau-nés; ce n'est pas certainement la moins intéressante et la moins utile, et, sans partager toutes les opinions de l'auteur sur ce point, nous reconnaissons qu'il y a là un vaste champ de recherches et que la solution qui en sortira intéresse au plus haut point la famille, la société et la justice. Dans une quatrième section, M. Vidal traite de la prophylaxie des maladies vénériennes. Des gravures coloriées et d'une exécution parfaite ajoutent à l'utilité de l'ouvrage, en permettant de contrôler par une représentation fidèle l'étude des formes syphilitiques les plus importantes à connaître.

Nous avons parlé longuement de l'ouvrage de M. Vidal, et nous n'avons pas insisté encore sur le point par lequel il se distingue surtout à nos yeux. Le traité des maladies vénériennes de notre savant confrère est, avant tout, nous ne saurions trop le répéter, un ouvrage pratique, où l'auteur s'est préoccupé principalement des difficultés que l'on rencontre au lit du malade, où l'auteur n'a jamais reculé devant les petits détails, alors que ces détails pouvaient être utiles à connaître et pouvaient exercer une influence réelle sur le traitement; où l'auteur s'est bien plus proposé de donner aux médecins les moyens de guérir que de leur servir de brillants systèmes sans utilité immédiate, sans application directe. Les médecins et les élèves lui sauront gré d'avoir voulu uniquement leur être utile, et avant peu ce livre aura pris sa place à côté des ouvrages classiques les plus répandus et les plus estimés.

**BULLETIN DES HOPITAUX.**

*De la valeur des frictions générales dans le traitement de la chlorose.* — Cela n'est que trop vrai, la thérapeutique de nos jours, si riche en médicaments puissants et efficaces, ne se rappelle pas assez ce qu'elle pourrait obtenir des moyens hygiéniques convenablement employés, soit seuls, soit associés à d'autres agents. Nous ne demandons pas sans doute qu'on en revienne à la médecine des méthodistes ; mais il y a loin de l'emploi unique et exclusif de ces moyens à leur mise en usage avec ou après les moyens ordinaires dont la médecine dispose, et surtout dans les cas où ces derniers ont échoué.

A l'appui de ce que nous venons de dire, nous pouvons citer la chlorose. Cette maladie est traitée aujourd'hui presque exclusivement par les préparations ferrugineuses ; à peine si quelques médecins prescrivent, en même temps que ces préparations, un bon régime, l'emploi du vin, la promenade et l'insolation. Tel est même l'engouement de certains médecins en faveur du fer dans le traitement de cette maladie, qu'ils seraient tentés de le considérer comme la pierre de touche de la nature de la chlorose, et que le fer leur paraît presque aussi indispensable à sa curation que le sulfate de quinine à celle de la fièvre intermittente et le mercure à celle de la syphilis. Or, sans vouloir ébranler en rien la foi que les médecins ont dans les préparations ferrugineuses, que nous avons tant contribué nous-mêmes à réhabiliter dans la pratique, nous dirons que non-seulement le fer n'est pas indispensable à la curation de la chlorose, mais encore et surtout que dans des cas assez nombreux le fer échoue complétement contre cette maladie.

Dans quelques cas, ce sont les plus rares, les préparations ferrugineuses paraissent sans aucune influence marquée sur la marche de la maladie ; heureux encore quand, par sa tendance à congestionner les viscères intérieurs, et principalement les poumons, il ne détermine pas quelques accidents, et en particulier des hémoptysies qui obligent à renoncer à son emploi. Dans un beaucoup plus grand nombre de cas, les préparations ferrugineuses sont bien supportées au début et sont suivies d'une amélioration très-marquée ; mais après un certain temps, cette amélioration reste stationnaire, et quoique l'on continue, quoique l'on augmente même la dose du fer, les malades ne tardent pas à retomber dans leur premier état.

Nous avons vu de ces pauvres malades qu'on gorgeait de fer depuis des mois et des années, et qui conservaient les phénomènes les plus mar-

qués de leur maladie. M. Aran nous a même montré, dans son service à la Pitié, une jeune fille qui depuis plus de six mois était soumise à l'emploi du fer, et dont la pâleur caractéristique, les syncopes et les palpitations au moindre exercice, les bruits de souffle artériels et veineux, etc., ne pouvaient laisser aucun doute sur l'existence d'une chlorose confirmée et des plus invétérées. Eh bien ! c'est dans ces cas que les modificateurs hygiéniques doivent intervenir. M. Fleury a appelé, il y a quelque temps, l'attention sur l'influence des douches froides comme moyen de guérir la chlorose ancienne et rebelle ; mais ce moyen n'est pas à la disposition de tout le monde, et M. Aran nous a montré, en revanche, quelques malades chez lesquelles il est parvenu, avec les frictions sèches et stimulantes, aidées d'un bon régime, et dans quelques cas avec des lavements de vin, à obtenir des guérisons là où le fer avait complétement échoué.

Les frictions ne sont certainement pas un moyen nouveau dans la pratique. Les anciens, et Asclépiade en particulier, en faisaient grand usage soit comme agent hygiénique, soit comme moyen thérapeutique. Qu'on réfléchisse un instant au rôle important que joue l'état de la peau dans le développement des maladies ; que l'on songe de quelle importance il est pour la santé que cette grande surface exécute ses fonctions convenablement, et l'on comprendra quelle puissante modification on peut amener avec des frictions stimulantes pratiquées journellement et d'une manière régulière sur tout le corps.

M. Aran emploie tantôt les frictions sèches avec de la flanelle ou une brosse, tantôt des frictions avec un liquide stimulant, tel que l'alcoolat de mélisse, l'alcoolat camphré, additionné ou non d'une quantité plus ou moins considérable d'ammoniaque liquide, qu'il porte quelquefois jusqu'à parties égales, sans que jamais les peaux les plus fines éprouvent autre chose qu'un peu de rubéfaction. Ces frictions sont faites deux fois par jour, matin et soir, pendant cinq à dix minutes, et principalement sur les membres et sur le dos. En quelques jours, une modification marquée et très-favorable se produit dans les fonctions générales. Les malades sont plus alertes, plus vives ; leurs forces reviennent, leur appétit reparaît, leur teint se colore, leur embonpoint se montre de nouveau, et, sans médicament d'aucune espèce, une rénovation presque complète s'opère dans l'économie. Dans quelques cas, ainsi que nous l'avons dit, M. Aran associe aux frictions stimulantes des quarts de lavement de vin, moyen puissant dont il fait un grand usage dans beaucoup de cas, et sur lequel nous reviendrons prochainement, comme sur une ressource encore trop négligée de la thérapeutique moderne.

# RÉPERTOIRE MÉDICAL.

**ANTHELMINTHIQUES** (*Coup d'œil sur la valeur thérapeutique des*). Le travail de M. le docteur Kuehenmeister, de Zittau, ne repose pas sur l'expérimentation clinique, et si les conclusions qui le terminent n'étaient pas sanctionnées déjà par la pratique, nous ne nous y serions pas arrêté. Les essais entrepris par ce médecin, dans le but de rechercher l'influence des divers médicaments reconnus comme anthelminthiques, ont consisté à mettre les diverses espèces d'entozoaires en contact avec ces médicaments délayés dans l'albumine. L'auteur avait remarqué que l'on peut conserver vivants les vers intestinaux, en les plongeant dans du blanc d'œuf, à une température convenable; il crut pouvoir se servir de ce fait pour classer les anthelminthiques et calculer leur rang, d'après la durée de la vie des animaux mis en contact avec eux.— Le plus puissant des anthelminthiques est la santonine dissoute dans de l'huile. L'auteur conseille de la prescrire toujours sous cette forme, à la dose de 10 à 25 centigrammes, dans 30 grammes d'huile de ricin, à prendre par cuillerée à café. On pourrait remplacer l'huile par du jaune d'œuf, et donner le lendemain un purgatif. Il convient de soutenir l'action du médicament par un régime lacté. Les autres remèdes actifs sont les huiles de térébenthine, de pétrole, de cajeput; mais leur emploi est peu facile, à cause de la répugnance qu'ils causent. Viennent ensuite le sel de cuisine, le sulfate de soude, les eaux minérales, puis l'ail, l'oignon, l'assa fœtida; mais le contact de ces dernières substances avec les vers doit être prolongé assez longtemps. Employés en lavements, ces médicaments ne sauraient agir que contre les vers qui habitent le rectum, les oxyures; or, on peut s'épargner l'odeur désagréable qu'ils exhalent en les remplaçant par de simples lavements d'eau; les oxyures absorbent rapidement ce liquide et sont entraînés après chaque lavement. Presque tous les autres remèdes conseillés contre les vers doivent être rejetés. Les mercuriaux, les préparations de tannin, l'huile de ricin, la gomme gutte n'auraient, d'après M. Kuchenmeister, qu'une action très-incertaine. Nous contestons le fait au moins pour les mercuriaux; et dans ses expériences, ce médecin n'a pas tenu compte de l'action spéciale de l'albumine sur les sels mercuriaux; leur propriété toxique annihilée par le blanc d'œuf, les vers ont pu continuer de vivre ainsi. Nous doutons de ce résultat; quand même il aurait lieu, il n'infirmerait pas les propriétés vermicides bien constatées des composés mercuriaux. (*Arch. fur. phys. Heilkunde*, 1852.)

**CALORIQUE.** *Emploi du fer à repasser en thérapeutique.* Tout est bon à la thérapeutique, qui, à l'occasion, ne doit pas dédaigner d'aller chercher ses moyens d'action parmi les agents les plus vulgaires et les ustensiles les plus usuels de nos ménages. Il en est un, parmi ceux-ci, qui est admirablement approprié, par la matière dont il est composé, par sa forme, ses dimensions, son poids, et sa facile conductibilité du calorique, à la pratique du frictionnement de parties plus ou moins étendues du corps : c'est le fer à repasser. L'action du fer à repasser sur une partie du corps recouverte d'un tissu laineux paraît jouir de propriétés résolutives remarquables et abortives de certains états inflammatoires. M. le docteur Langenbeck a recours à ce moyen dans les inflammations qui ne sont pas accompagnées de fièvre, et qui ont une tendance à se terminer par suppuration, principalement quand ces phlogoses se rencontrent dans les parties profondes, sous les tissus fibreux et les aponévroses. La résolution est accélérée par l'emploi du fer à repasser, surtout si on le fait alterner avec l'emploi des douches d'eau chaude. L'auteur recommande spécialement cette pratique quand la formation du pus a lieu dans un point voisin d'une cavité qui renferme un organe important, tel, par exemple, que les foyers purulents qui se trouvent à la partie inférieure du cou, au-dessus et derrière la clavicule, et qui menacent de s'ouvrir dans la plèvre. Dans ces cas, il emploie le fer à repasser, renouvelé tou-

tes les deux ou trois heures, avec les meilleurs résultats; son effet est de favoriser le développement de la collection purulente à l'extérieur.

Dans les affections inflammatoires des tissus fibreux, entre autres dans la coxalgie, aussi longtemps que l'articulation elle-même n'a pas encore subi de déplacement par suite du travail inflammatoire, ce moyen, uni aux émissions sanguines modérées, a plus d'utilité que tous les irritants de la peau.

Dans les cas d'érysipèle qui ne tend pas à se fixer sur un point du tissu cutané, ou qui a une tendance à disparaître brusquement, alors que des symptômes fâcheux annoncent cette disposition, le fer à repasser, conduit doucement pendant une heure entière sur la peau, et porté à une température pas trop élevée, surpasse tous les autres moyens. Il faut l'appliquer exactement sur l'endroit où l'érysipèle a disparu ou menace de disparaître.

M. Langenbeck assure aussi avoir retiré de très-grands avantages de ce moyen pour rappeler un exanthème disparu, ou en faciliter l'éruption dans les cas où celle-ci n'a lieu qu'incomplétement et d'une manière irrégulière. Il combine, dans ce cas, le fer à repasser avec les bains de moutarde. Il en préconise enfin l'emploi dans toutes les affections de nature rhumatismale, à commencer par la simple odontalgie jusqu'au rhumatisme articulaire aigu, dans le catarrhe des voies aériennes et l'aphonie chronique, dans les dérangements de la menstruation, etc. Dans les rhumatismes, il en fait ordinairement précéder l'usage d'une préparation diaphorétique. Pour les cas d'aménorrhée, le fer ne sert que d'adjuvant, et doit être promené, aussi chaud que possible, depuis la partie interne et supérieure des cuisses jusqu'aux genoux, pendant que les malades prennent un bain de pied à la moutarde. Enfin, dans quelques cas de contractures musculaires entretenant les articulations dans un état de rigidité, ainsi que dans quelques paralysies musculaires, l'auteur dit s'être très-bien trouvé de l'emploi de ce moyen, combiné avec les mouvements ou moyens *calisthéniques*, récemment préconisés par M. Cost.

L'action du fer à repasser peut être modifiée et variée à l'infini, suivant le degré de température auquel on l'élève, la durée et l'étendue de son application, et les moyens accessoires avec lesquels on en combine l'usage. C'est aux praticiens à approprier ces différentes modifications aux cas spéciaux dans lesquels ils croiront devoir recourir à son emploi. (*Arch. belges de méd. militaire.*)

---

**DELIRIUM TREMENS** (*Effets remarquables du chloroforme donné à l'intérieur dans le*). Les effets si remarquables des inhalations de chloroforme sur le système nerveux ont dû, de bonne heure, appeler l'attention sur les applications qu'on pouvait en faire au traitement de plusieurs maladies graves de ce système. Le tétanos, l'hystérie, le delirium tremens, l'éclampsie puerpérale ont fourni des exemples de succès non douteux par ces inhalations. Mais l'administration du chloroforme à l'intérieur a beaucoup moins fixé l'attention, et à part M. Delioux, qui s'en est servi pour couper des fièvres intermittentes, à part notre collaborateur, M. Aran, qui en fait un grand usage dans le cas où des douleurs vives existent principalement vers l'abdomen, dans les coliques saturnines, hépatiques, néphrétiques, etc., et qui, à notre connaissance, s'en trouve très-bien aussi dans l'hystérie, personne ne se sert d'une manière un peu générale de cet agent thérapeutique donné par la bouche ou en lavement. Les faits suivants sont de nature à montrer qu'on pourrait obtenir les mêmes effets du chloroforme administré à l'intérieur, que du chloroforme en inhalations, dans le traitement du delirium tremens.

Dans le premier fait, c'était un homme qui, depuis sept jours, était en proie à un violent délire tremblant, qui avait résisté à tout traitement, et qui avait produit un épuisement considérable, suite de l'absence complète de tout repos. Pouls faible et fréquent, soubresauts des tendons, incohérence dans les idées, paroles sans suite, extrémités froides et couvertes de transpiration. Comme le malade avait été soumis à un traitement mixte par les stimulants et les opiacés, M. Pratt songea au chloroforme, et il lui fit prendre, en une seule fois, près de 4 grammes de chloroforme, dans une quantité assez grande d'eau. Nouvelle dose de chloroforme aussi forte quatre heures après; troisième dose, semblable

aux autres, quatre heures après. Une heure ne s'était pas écoulée depuis qu'il avait pris cette dernière dose, que le malade s'endormait. Il dormit pendant dix heures ; dès qu'il se réveilla, il prit un peu de gruau, puis se rendormit de nouveau jusque dans l'après-midi. Il mangea de nouveau, dormit la nuit suivante, et entra immédiatement en convalescence, sauf qu'il eut quelques vomissements assez faciles à arrêter.

Dans le second fait, le delirium tremens avait résisté deux jours à un traitement mixte, stimulant et opiacé, ainsi qu'à l'opium à haute dose. Le malade semblait aller de mal en pis. Le troisième jour, on lui fit prendre une potion avec esprit d'éther sulfurique composé et teinture de valériane, de chaque 2 grammes, toutes les deux ou trois heures, et dans l'intervalle de la teinture de l'opium. Malgré l'administration d'opium à haute dose, toutes les deux heures pendant la nuit, la fureur et le délire du malade semblaient augmenter. Il fallait trois hommes pour le contenir et pour l'empêcher de sauter par la fenêtre, ce qu'il avait tenté plusieurs fois. A la suite de ces violentes excitations, il tombait dans une prostration profonde. Un médecin consultant fut appelé, qui prescrivit un traitement par l'opium et le tartre stibié, mais sans succès. Le malade était dans une fureur impossible à décrire : pouls faible et fréquent, si fréquent, qu'il était impossible de le compter; tremblements continuels, langue sèche, marmottements, soubresauts, incohérence des idées, extrémités froides et couvertes d'une sueur visqueuse. En dernier ressort, M. Pratt en vint au chloroforme. Il en donna d'abord une cuillerée à café dans un peu d'eau; puis, une heure après, il lui fit prendre, en une seule fois, 8 grammes d'esprit d'éther sulfurique composé et de teinture de valériane, et 4 grammes de chloroforme. Un quart d'heure après, le malade s'endormait pour trois heures et demie. En même temps, la transpiration cessa, extrémités chaudes, pouls plus calme, plus plein; plus résistant. Il se réveilla rafraîchi, avec sa raison, et eut une garderobe naturelle. On lui donna alors une petite cuillerée de chloroforme avec de la teinture de valériane et un peu de liqueur anodine d'Hoffmann. Bref, en une heure, on lui fit prendre encore 4 grammes de chloroforme. Il dormit pendant quatre heures, et dormit ainsi plusieurs fois dans la journée et dans la nuit. Le lendemain, il avait encore les extrémités chaudes, mais rien qu'un peu d'excitation cérébrale. Il dormit encore à plusieurs reprises dans la journée. La nuit fut calme, et, lorsqu'il se réveilla, il était très-bien. La convalescence a marché rapidement; il n'y a pas eu de rechute. (*American Journal.*)

**FARCIN CHRONIQUE** (*Emploi de l'extrait d'aconit dans le traitement du*). On sait que l'alcoolature d'aconit a été recommandée, il y a quelques années, dans le traitement des maladies qui se rattachent à ce qu'on a appelé la diathèse purulente. L'infection purulente, la fièvre puerpérale, telles sont les maladies dans lesquelles cette préparation d'aconit avait été vantée, et nous ajouterons que plusieurs chirurgiens ont cru avoir retiré, chez les amputés, des avantages marqués de l'emploi de ce médicament. Il était naturel de penser que dans une maladie qui tient d'aussi près à la diathèse purulente que le farcin, on obtiendrait peut-être quelque chose de l'emploi de l'aconit. C'est ce qui a été essayé par M. Decaisne à l'hôpital militaire de Namur, chez deux malades atteints de cette maladie, et cette médication a produit une amélioration tellement évidente, que si ces farcineux eussent été soumis à ce traitement au début de la maladie, on eût pu espérer une guérison complète. Ajoutons que M. Decaisne n'a pas employé, dans ces deux cas, l'alcoolature, mais bien l'extrait d'aconit, à une dose d'abord minime, et en augmentant progressivement jusqu'à 0,75, et même 2 gramm. 25 c. par jour.

Voici ces deux faits en quelques mots :

*Obs.* I. N..., soldat, âgé de vingt-sept ans, employé depuis onze mois à soigner des chevaux farcineux, entré à l'hôpital en 1850, pour un abcès volumineux situé sur l'omoplate gauche, au niveau duquel la peau était violacée, et qui, après son ouverture, ne se cicatrisa pas et laissa une ouverture fistuleuse, après huit mois de traitement. Rentré à l'hôpital cinq mois après, avec une névralgie frontale, il avait perdu com-

plétement l'appétit, et sa constitution se détériorait. La névralgie résista au sulfate de quinine associé au sous-carbonate de fer, à l'application d'un vésicatoire, et ne céda qu'à l'application, *loco dolenti*, d'un emplâtre de poix de Bourgogne saupoudré d'émétique. Ses forces commençaient à revenir, lorsqu'il vit paraître successivement et à peu de jours d'intervalle, d'abord un peu au-dessus de l'articulation huméro-cubitale, à la partie externe de chaque bras, ensuite vers le sommet de la tête, sur l'occipital, une tumeur fluctuante, superficielle, assez volumineuse, violacée, qui fournit en abondance du pus fétide, d'un aspect particulier, semblable à de l'albumine trouble, mêlé de quelques stries de sang. (Iodure de potassium, 6 gramm.; huile de foie de morue, 6 cuillerées, régime tonique.) Six mois après, l'abcès de l'épaule, ceux du bras et celui de la tête n'étaient pas encore cicatrisés. On était à bout de ressources : le malade dépérissait de jour en jour. L'extrait d'aconit fut commencé le 1er décembre, d'abord à petite dose, et on augmenta graduellement jusqu'à 0,75 par jour. Interrompu au commencement de janvier, le traitement fut repris quelques jours vers la fin de février, et le 1er mars le malade sortait avec un embonpoint très-marqué, la figure dénotant une bonne santé et respirant la gaieté, les abcès complétement cicatrisés, sauf celui de la tête, qui laissait suinter encore tant soit peu d'un liquide séro-purulent. Cet homme n'a pas encore eu de rechute.

*Obs.* II. Le fait était plus grave. N., soldat, de vingt-quatre ans, chez lequel, à la suite de soins donnés à des chevaux farcineux, il était survenu dix abcès, un d'abord vers le milieu de la jambe droite, deux autres un peu au-dessous de celui-ci, deux autres encore, six jours après, à la partie externe des cuisses, deux autres à la partie externe de l'avant-bras gauche, un huitième au bras gauche, un neuvième au mollet gauche, et un dixième sur l'omoplate droite. Le traitement par l'aconit fut commencé le 1er décembre 1851. Un mois après, amélioration notable ; toutes les plaies bourgeonnaient et paraissaient tendre vers la cicatrisation ; la constitution générale s'améliorait et il avait repris un peu de gaieté. Le traitement fut interrompu, comme chez le malade précédent, le médicament manquant à l'hôpital. On le reprit en février, à la dose de 0,40. A ce moment, les bords des ulcères se recouvraient ; ils étaient irréguliers et violacés, la peau était décollée et se détruisait, et la surface de ces plaies était baignée par une sanie purulente. Le malade maigrissait et pouvait à peine se remuer dans son lit. Dix-huit jours après, l'amélioration était déjà évidente. L'extrait d'aconit fut porté successivement jusqu'à la dose de 2 gr. 25 par jour, le 17 mars. Ce jour-là, la cicatrisation des ulcères était complète, sauf d'un seul, à la partie externe de la cuisse gauche ; embonpoint. La voix était restée rauque. Le malade semblait sur la voie de la guérison, lorsque, le 18 mars, il fut pris des prodromes d'une fièvre typhoïde, à laquelle il succomba le 8 avril. L'autopsie révéla, avec les caractères anatomiques de cette dernière maladie, la présence d'ulcérations au nombre de cinq, et larges de plusieurs lignes, à la face inférieure de la trachée. Les fosses nasales n'offraient aucune altération. (*Archives belges de méd. milit.*, 1852.)

---

**FIÈVRES INTERMITTENTES** (*De la valeur du tannate de quinine et du tannate de cinchonine dans le traitement des*). Cette question du traitement des fièvres intermittentes est une de celles sur lesquelles nous ne nous lassons pas de revenir. Il s'agit, en effet, de si graves intérêts, et la santé publique est si vivement engagée dans une pareille question, que nous donnerons notre publicité à toutes les tentatives qui auront pour but, soit de remplacer les préparations de quinquina par des succédanés utiles et éprouvés, soit de diminuer le prix du traitement par le quinquina lui-même. A ce titre, nous avons fait connaître le rapport de M. Bouvier, sur le tannate de quinine de M. Barreswill, qui réalise déjà une économie réelle, si du moins on peut se fier à des expériences aussi peu nombreuses. Nous voyons avec plaisir que ces conclusions sont confirmées par un médecin italien, M. le docteur Castiglioni, qui a réussi à guérir, à l'aide du tannate de quinine, à la dose moyenne de 27 à 32 grains, par doses de 4 grains, données ordinairement de deux en

deux heures, des fièvres intermittentes bien caractérisées (trois fièvres quotidiennes, trois fièvres tierces, une fièvre pernicieuse sudorale), et une névralgie sus-orbitaire. Toutes les fièvres ont été coupées du premier coup, sauf deux, qui ont eu un second accès. M. Castiglioni, contrairement à ce qu'avait dit M. Bouvier, l'a vu produire des troubles légers, mais momentanés, vers la tête et vers l'estomac; néanmoins, il n'avait pas hésité à le préférer au sulfate de quinine, surtout à cause de cette circonstance, qu'il était moins cher d'un tiers que ce sel, lorsqu'en remarquant les analogies d'aspect du tannate de quinine et du tannate de cinchonine, il a eu l'idée de recourir à l'emploi de celui-ci. Or, les résultats qu'il a obtenus ont été tout aussi satisfaisants. Dans les dix cas dans lesquels il en a fait usage, dont quatre fièvres tierces, une double-tierce, une pernicieuse céphalique, une fièvre quarte, deux quotidiennes et une mal déterminée, tantôt et le plus souvent la fièvre a été coupée du premier coup, tantôt il y a eu encore un second accès, moins fort, qui a cédé à de nouvelles doses; et, chose curieuse, dans deux de ces cas, en même temps que la fièvre était enlevée, les malades se trouvaient débarrassés d'un flux intestinal, qui n'avait pu être arrêté par le sous-nitrate de bismuth à haute dose. La dose moyenne a été de 54 grains pour la guérison des fièvres intermittentes, de 1 gros et quelques grains dans les huit cas où l'auteur en a fait usage contre les diarrhées. Les malades ont pris ce sel sans répugnance, comme le tannate de quinine, et n'en ont éprouvé aucune espèce d'inconvénient. Seulement le tannate de cinchonine doit être donné, comme on le voit, à une dose un peu plus élevée que le tannate de quinine. Néanmoins l'avantage n'en resterait pas moins au premier, sous le rapport économique. En effet, d'après les recherches de l'auteur, il faut pour une cure, en moyenne, de 27 à 32 grains de tannate et 30 grains de sulfate de quinine (le sulfate à 17 livres l'once, le tannate à 10 livres, tandis que le tannate de cinchonine ne vaut que 4 livres); il suit de là que la cure coûterait, avec le sulfate 1,36 livres, tandis que le tannate de quinine coûterait 0,67 et le tannate de cinchonine 0,48. — Ces faits nous ont paru assez importants pour être connus. S'ils étaient vérifiés, on verrait tomber l'anathème porté par M. Chomel contre les préparations de cinchonine, et cette base alcalifiable reprendrait, dans la thérapeutique, sa place à côté de la quinine et du quinquina, dont elle fait partie intégrante. En même temps, se trouverait réalisée une économie de plus des deux tiers dans le traitement des fièvres intermittentes, économie énorme si l'on songe aux dépenses si élevées qu'entraîne, pour l'État et pour les particuliers, la curation de cette maladie. (*Gazzetta med. Toscana*, septembre )

---

**FRACTURES** *non consolidées, traitées avec succès par les applications de teinture d'iode.* Il semble que chaque jour doive nous apporter une application nouvelle des préparations d'iode. Il s'agit ici d'un des plus graves accidents qui peuvent suivre les fractures, et contre lequel la sagacité du chirurgien s'est exercée par la création des méthodes les plus variées, et trop souvent inefficaces. Il y a quelques années, et ce fait n'a pas été assez connu parmi nous, M. le professeur Blasius avait publié des exemples de consolidations de fractures déjà anciennes, obtenues au moyen de la teinture d'iode. Depuis cette époque, M. Blasius en a réuni trois nouveaux exemples, le premier chez un soldat de vingt-huit ans, affecté d'une fracture simple du tibia et du péroné, non consolidée après six mois, et dont la consolidation fut obtenue en trois semaines par l'application à l'extérieur, matin et soir, de la teinture d'iode, préparée comme il suit :

| | | |
|---|---|---|
| Pr. Iode pur............ | 1 gr. | 25 |
| Iodure de potassium.. | 2 gram. | |
| Alcool à 36°......... | 32 gram. | |

Dans le second cas, chez un soldat de vingt-quatre ans, une fracture du fémur n'était pas consolidée après treize semaines; même traitement; guérison après trois semaines. Enfin, dans le troisième cas, le résultat fut aussi favorable chez un jeune garçon de douze ans. — Nous regrettons de n'avoir pas sous les yeux le mémoire de M. Blasius, pour savoir au juste quelle a été la part de l'iode dans la consolidation de ces fractures, et si son influence s'est exercée plutôt sur la constitution générale que sur l'état local. Quoi qu'il en soit, c'est une pratique si simple et si peu dangereuse, qu'un

chirurgien serait vraiment coupable de ne pas y avoir recours avant d'en venir à des procédés opératoires qui peuvent compromettre l'existence du malade. (*Med. Zeitung* et *Monthly Journal*, 1852.)

---

**NÉVRALGIES FACIALES**; *résection des nerfs; procédés opératoires nouveaux.* Réséquer un nerf qui est le siége d'une affection douloureuse, quelque intense et rebelle que soit cette affection, c'est un moyen extrême auquel on ne recourra jamais qu'à regret, et que nous ne conseillerions pour notre part qu'avec une certaine répugnance. Si l'on songe cependant à l'excessive gravité qu'acquièrent dans certains cas ces névralgies qu'aucune médication interne ou topique ne peut maîtriser, il faut bien reconnaître, tout extrême que soit ce moyen de la résection, que c'est encore là une ressource que l'on peut être heureux de posséder dans des circonstances exceptionnelles. Il est par conséquent utile que les chirurgiens qui se sont trouvés à même d'y recourir nous fassent connaître les résultats qu'ils en ont obtenus et les procédés qui leur ont paru les plus sûrs dans leur effet et les plus faciles dans leur exécution. C'est ce qui nous engage à résumer ici quelques-uns des résultats principaux d'une sorte d'enquête que vient de faire sur ce sujet, et d'après son expérience personnelle, l'habile chirurgien en chef de la marine de Toulon, M. le docteur Jules Roux.

De onze résections qu'il a opérées sur les branches du trijumeau, M. J. Roux déduit ce qui suit :

1° Que, dans les névralgies de la face, la résection du nerf derrière les rameaux douloureux, ou entre les rameaux terminaux et l'origine radiculaire du nerf, peut triompher du mal;

2° Que la guérison peut encore arriver quand cette résection laisse subsister derrière elle, sur la portion radiculaire du nerf, des rameaux névralgiques;

3° Que lorsque deux ou trois branches du nerf trijumeau sont successivement affectées, la résection de la seule branche primitivement atteinte suffit quelquefois pour faire taire toutes les douleurs;

4° Que dans d'autres circonstances où les branches sont encore névralgiques, il faut en opérer la résection de deux pour obtenir l'entière guérison;

5° Qu'après la résection d'une branche du trijumeau, les douleurs, abolies dans les rameaux terminaux, peuvent continuer derrière le point réséqué et dans les autres branches émanant du même tronc;

6° Que des douleurs névralgiques semblables à celles que les malades éprouvent après l'amputation des membres, sont susceptibles d'apparaître plus ou moins longtemps après la résection;

7° Que l'insensibilité des divers points de la face, qui suit immédiatement la résection des branches du trijumeau, est susceptible de disparaître quelques mois après l'opération, sans que les douleurs névralgiques se produisent dans les points redevenus sensibles;

8° Que lorsque, après la résection du nerf sous-orbitaire et du mentonnier, par exemple, les douleurs reparaissent derrière les points réséqués, la récidive peut n'atteindre qu'une seule branche nerveuse, la guérison restant complète dans l'autre;

9° Enfin, que dans les névralgies faciales doubles, les résections des nerfs opérées sur un côté sont sans influence sur les névralgies du côté opposé.

Après avoir étudié tous les procédés connus pour atteindre les branches du trijumeau, voici les deux principes auxquels s'est arrêté M. J. Roux.

Lorsque, ainsi qu'on le voit à la face, les nerfs sensitifs arrivent à la peau, après avoir traversé des canaux ou des trous osseux, c'est moins le nerf qu'il faut tout d'abord chercher, que le canal qu'il traverse, ou le trou par lequel il sort. En suivant ce précepte, on trouve facilement les nerfs à diviser, les canaux qui les recèlent et les trous par lesquels ils émergent ayant une situation à peu près invariable.

Dans ce but, M. J. Roux propose de pratiquer, toujours en regard de ces canaux ou de ces trous, une incision courbe, comprenant toutes les parties molles jusqu'à l'os, laquelle donnera un lambeau qui, rapidement disséqué de bas en haut et soulevé, permettra de découvrir le nerf dans le canal après la trépanation, ou à son émergence du trou, de le saisir et de le réséquer. Il propose, en outre, de faire la résection

aussi étendue que possible, et dans ce but, après avoir retranché, avec des ciseaux, toute la portion du nerf visible en dehors du trou ou dans le canal mis à découvert, d'introduire des cautères rougis à blanc qui le détruisent dans la plus grande étendue possible. Il lui est arrivé quelquefois, encore, après la résection, de refouler les extrémités des nerfs avec un stylet boutonné, ou un petit tampon de charpie, préalablement trempé dans le chloroforme et facile à retirer à l'aide d'un fil.

Le procédé opératoire varie, enfin, en raison des dispositions anatomiques particulières à chaque nerf. Nous renvoyons, pour ces modifications de détail, beaucoup trop longues à énumérer ici, au travail original de M. Roux.

C'est là, on le voit, et nous ne saurions trop le répéter, une opération très-grave et à laquelle on ne serait justifié de recourir que dans des cas désespérés et après avoir acquis la certitude que tous les moyens habituellement en usage seraient restés complétement insuffisants. En pareil cas, la résection, comme M. J. Roux conseille de la pratiquer, devrait, malgré ses complications, être préférée à la simple section rendue presque toujours inefficace par la prompte réunion des bouts du nerf divisé. (*Union médicale*, octobre 1852.)

**PARAPLÉGIE** (*Cas de*) *guérie par l'ergot de seigle*. L'efficacité de cette substance médicamenteuse dans certains cas de paraplégie, malgré l'intéressant travail de M. Coste, que nous avons publié récemment, n'est pas tellement démontrée aux yeux de tous les praticiens, que la presse doive négliger les observations qui témoignent de cette action spéciale. Nous enregistrons, à ce titre, le nouveau fait que publie M. White. Il se recommande, d'ailleurs, en ce que la paraplégie avait résisté pendant longtemps à beaucoup d'autres moyens de traitement. Hâtons-nous d'ajouter que l'affection était de nature à expliquer l'action favorable d'un stimulant de la moelle épinière. Tout éloignait, dans ce cas, l'idée d'une lésion matérielle du centre nerveux. La paralysie s'était montrée après une exposition répétée au froid humide. Ce sont celles-là qui offrent le plus de chances de guérison; mais il faut convenir que parfois celle-ci se fait attendre assez longtemps pour nécessiter l'intervention d'un traitement. Chez le malade en question, vésicatoires, strychnine à l'intérieur, n'avaient donné que des résultats peu avantageux et passagers, quand l'ergot de seigle fut mis en usage. La paraplégie datait déjà de quatre mois environ. La guérison fut complète au bout d'un mois, à part un peu de faiblesse. Quelques frictions stimulantes eussent probablement triomphé de ce reste de la maladie, mais c'est un moyen dont les praticiens oublient trop souvent les bons effets. (*Dublin medical press*, 1852.)

**SCARLATINE** (*Emploi des affusions froides dans la*). La valeur des affusions froides dans le traitement de certaines affections aiguës est le sujet d'une expérimentation trop générale pour que nous ne lui accordions pas une attention sérieuse. Les tentatives que nous signalons ont été faites par M. West, pendant une épidémie qui a régné dans quelques localités des environs de Saulz, dans l'hiver de 1849-1850 et pendant le printemps et l'été de 1850. Au début, ce praticien mit en usage les médications ordinairement employées; mais voyant le peu de succès de ses essais, il résolut d'employer énergiquement les lotions et les affusions froides proposées par Currie. Il les mit en usage, entre autres, dans quatre cas graves, dont les similaires, autant que possible, s'étaient terminés par la mort. Ainsi, un enfant de sept ans est pris de scarlatine; les symptômes sont des plus graves, les accidents cérébraux dominent; la saignée, les sangsues, les purgatifs ne diminuent en rien le délire et les grincements de dents. L'enfant entre déjà dans ce délire lugubre que les auteurs regardent comme un signe certain d'une issue funeste. La peau pâlit ou devient bleue. A ce moment M. West fait préparer une cuve remplie d'eau dégourdie, à huit ou dix degrés. On y plonge l'enfant pendant à peu près cinq minutes; pendant ce temps on arrose largement la tête et les épaules avec l'eau froide. A peine les affusions commencées, le délire cesse, l'enfant recouvre ses sens et se plaint du froid; on l'essuie vivement et on le remet dans son lit, entouré de linges chauds. — Un quart d'heure après la première affusion, la peau

redevient rouge, l'enfant annonce du bien-être et ne délire plus.—Trois heures après, le délire reparait; nouvelle affusion suivie de bon effet. En un mot, en douze heures on fit six affusions; la maladie reprit une marche normale et l'enfant guérit après plusieurs complications traitées par les moyens ordinaires. Les autres cas sont analogues.

Pour me résumer, dit l'auteur, un cas de scarlatine étant donné, l'éruption ne se manifeste pas, l'enfant est vigoureux, il y a des symptômes cérébraux; je débuterais par la saignée ou par une boisson légèrement sudorifique. Si le délire ne cesse point, si la peau pâlit, devient livide, je donnerais l'éther à l'intérieur et je commencerais les lotions et les affusions froides, d'heure en heure, ou de deux en deux heures, selon la marche de la maladie. — Les quelques tentatives dont nous sommes témoin en ce moment dans les hôpitaux de Paris nous engagent à signaler l'emploi des frictions sur le corps pendant les lotions et les affusions. Ce moyen hâte le mouvement de réaction qui suit l'emploi de l'eau froide. (*Presse méd. belge*, novembre.)

**VACCIN** (*Nouveau mode de conservation du*). La conservation du vaccin est souvent difficile par les procédés ordinairement mis en usage; et tous ceux qui ont vacciné savent combien souvent il leur est arrivé de pratiquer d'inutiles piqûres. M. le docteur Weldcman, dans un voyage en Amérique, observa un mode de conservation tout particulier, sur lequel il importe de fixer l'attention des praticiens. Voici comment les médecins américains et les médecins indiens s'y prennent. La mère recueille la croûte du bouton vaccinal quand elle tombe, et la remet au médecin. Celui-ci la place dans un tube de verre, fermé d'un côté, long de un à deux pouces, et gros comme un tuyau de plume à écrire. Ce tube se ferme au moyen d'un bouchon de liége, recouvert de cire. Le vaccin, ainsi conservé, possède ses propriétés pendant trois mois. Veut-on s'en servir, on retire la croûte et on en prend une partie, en ayant soin d'enlever le morceau entre deux rayons allant de la circonférence de la croûte à son centre. On obtient ainsi une surface triangulaire, dont le sommet correspond au centre, et la base à la circonférence de la croûte. La partie ainsi enlevée est malaxée, au moyen du bistouri ou de la lancette, avec un peu d'eau ou de salive, et appliquée sur quelques scarifications faites à la région supérieure du bras. Cette pâte y est maintenue un instant, soit au moyen d'un linge, soit au moyen d'un emplâtre adhésif. Le vaccin, ainsi employé, est aussi sûr dans ses effets que d'après toute autre méthode. M. le docteur Weldcman a souvent eu, dans son voyage à travers l'Amérique, l'occasion d'en faire l'expérience. (*Presse méd. belge*, novembre.)

## VARIÉTÉS.

La Faculté de médecine a fait sa rentrée le 4 de ce mois, devant une assistance nombreuse et distinguée. M. le professeur Piorry a prononcé l'éloge de M. Fouquier, son prédécesseur dans la chaire de clinique médicale. Pour répondre aux exigences de la solennité, M. Piorry a cru devoir intercaler dans son panégyrique une esquisse des progrès de la médecine depuis le début du siècle, progrès auxquels le vénérable médecin de la Charité a assisté, moins en acteur qu'en spectateur désintéressé. Parmi les critiques de cette manière de faire, qu'une tâche trop courte imposait à l'orateur, il en est une que nous devons signaler, car elle met en relief un *desideratum* formulé chaque année par le rédacteur en chef de l'*Union*, M. Am. Latour. Dans chaque compte-rendu de ces solennités, notre honorable confrère réclame quelques conseils pour ces pauvres jeunes gens jetés sans guide, sans direction, dans cet océan des études médicales. Si sa voix crie, ici, dans le désert, un écho lointain a recueilli son désir, et voici

quelques pages de méthodologie médicale qui, pour nous venir de la province, n'en sont pas moins remarquables. Il est vrai que cet *étranger* est un des nôtres, et si la Faculté oublie ceux de ses enfants parce qu'ils ont eu le courage d'aller conquérir à la pointe de l'épée une chaire en province, ce n'est pas un motif pour que nous en usions de même envers un homme, qui depuis vingt ans est resté debout sur la brèche de l'enseignement et de la publicité : nos lecteurs ont nommé M. le professeur Forget, de Strasbourg. Voici le discours de notre savant collaborateur, discours prononcé, non dans la séance de rentrée de la Faculté, mais plus à propos, comme leçon d'ouverture du cours de clinique interne, sorte d'enseignement préliminaire, qui, on le comprendra sans peine, établit des rapports entre les élèves et le maître et porte les meilleurs fruits.

L'initiation dans les sciences, le succès dans les arts, quels qu'ils soient, impliquent certaines qualités individuelles, certaines conditions préliminaires et certains procédés d'élaboration ou d'assimilation, dont la nécessité n'est pas assez généralement sentie. Les familles et les néophytes eux-mêmes se laissent presque toujours guider dans le choix d'un état, plutôt par des motifs d'intérêt ou de vanité, que par le sentiment de l'aptitude et de ce qu'on appelle une vocation. C'est pourquoi les professions libérales sont encombrées de sujets incapables, qui les déconsidèrent au lieu de les honorer, et qui bientôt eux-mêmes recueillent les fruits amers de leur intrusion dans un ordre social où les attendent l'indifférence du public, le dégoût de leurs devoirs et souvent la gêne matérielle, cette fatale inspiratrice des manœuvres illicites ; *malesuada fames*. « La médecine, dit Hippocrate, est certainement la plus noble des sciences, mais elle devient la dernière des professions par l'ignorance de ceux qui l'exercent...; beaucoup sont médecins par le titre, et bien peu le sont en réalité. » (*De l'Art.*)

Parmi les professions qui donnent accès à ces produits avortés, la médecine est une des plus assiégées, tant parce qu'elle promet une position honorable et lucrative quelquefois, que parce qu'avec un peu de persévérance les médiocrités parviennent toujours à forcer l'entrée du sanctuaire. Il y a là, dans notre organisation sociale, un vice radical, auquel il serait urgent de porter remède, lequel consisterait à trouver le moyen d'opposer de bonne heure une barrière infranchissable à ces ambitions aveugles, qui se méconnaissent elles-mêmes, et auxquelles, à un instant donné, il faudrait pouvoir dire : « Vous n'irez pas plus loin,

« Soyez plutôt maçon, si c'est votre talent. »

Ce *veto*, je le sais, est dans les attributions des Facultés ; mais personne n'ignore tout ce que peuvent engendrer d'abus l'indulgence et la pitié, lorsqu'il s'agit du sort, de l'existence même des individus et des familles. C'est à l'entrée de la carrière que devrait s'exercer l'inflexibilité du jury...

Ce grave début est pour justifier les conseils que je vous adresse aujourd'hui, et dont l'objet est de vous mettre à même de profiter, autant que possible, de l'instruction qui vous est offerte, et de vous rendre réellement dignes du noble et saint mandat auquel vous aspirez.

Mon intention n'est pas et ne peut être d'édifier, dans un simple discours, un traité complet des *études médicales* (1). Je ne veux pas m'emparer de

[1] Voir le *Traité des études médicales* de M. Dubois, d'Amiens, 1 vol. in-8°.

vous dès vos premiers pas dans la Faculté ; je dois vous supposer investis des connaissances exigées de l'étudiant qui vient d'accomplir sa deuxième année de noviciat ; bref, je prétends rester dans mon rôle de professeur de pathologie et de clinique. Votre diplôme de bachelier ès lettres est censé faire foi d'une éducation scolastique solide et complète; votre diplôme de bachelier ès sciences justifie de votre suffisance à l'endroit des sciences préliminaires. Vous nous arrivez, en outre, munis, soi-disant de larges notions en ce qui concerne les sciences dites accessoires (qui mériteraient mieux le nom de sciences fondamentales, à l'époque de positivisme où nous vivons), à savoir : physique et chimie, anatomie et physiologie, etc.

Parvenus à ce degré d'instruction, après plus de dix années d'incessants labeurs, il semble que vous dussiez être rompus au travail, pénétrés de cet esprit d'ordre et de méthode qui féconde et vivifie, esprit sans lequel tous les efforts demeurent frappés de stérilité. Et pourtant, notre vieille expérience, nos observations de chaque jour nous disent que, pour le plus grand nombre d'entre vous, cette supposition si naturelle n'est cependant qu'une illusion. En effet, nous vous voyons journellement assister comme passivement aux leçons de vos maîtres, entendre sans écouter, ou du moins confier à vos seules oreilles le soin d'inculquer à vos esprits des préceptes qui ne peuvent s'y fixer qu'à l'aide de procédés plus laborieux et plus fidèles. Ceux-là mêmes d'entre vous qui prennent l'étude plus au sérieux, se consument, pour la plupart, en labeurs à peu près impuissants, par cela seul qu'ils ignorent l'art de recueillir, de classer et de fixer les idées et les faits dont l'acquisition graduelle, systématique et raisonnée constitue la vraie science. Or, cet art de s'instruire n'est autre chose que l'ordre ou la méthode : *ordo lumen accendit* (Bacon). Travailler ne suffit pas; il faut encore diriger ses travaux d'une certaine manière, conformément à certaines règles, au moyen de certains procédés qui constituent un bon système d'éducation scientifique. Tel est précisément l'art dont je veux aujourd'hui vous retracer les conditions élémentaires, en ce qui concerne mes attributions.

La première de ces conditions est une vocation prononcée, c'est-à-dire un amour fervent de la science et de l'art. Ce n'est pas à dire que la vocation soit toujours le produit d'un instinct natif, d'une inspiration spontanée; l'ambition de parvenir, la voix de la conscience et le sens de l'humanité peuvent suffire à faire naître et à fomenter le feu sacré chez ceux que le hasard, la volonté d'autrui et souvent la dure loi de la nécessité, le *res angusta domi*, ont lancés dans la carrière. Mais quel que soit son stimulant ou son mobile, le goût du métier est la condition *sine quâ non* qui seule peut engendrer des savants et des praticiens recommandables.

Ce goût suppose la ferme intention de consacrer toutes ses facultés et tout son temps à poursuivre le but désiré. L'inconstance, la légèreté, la paresse, sont exclusives du succès dans la profession où le travail sérieux est un devoir de tous les jours et de toute la vie.

Certes, l'esprit, aussi bien que le corps, a besoin de reposer; mais, outre que le travail intellectuel devient une habitude et même un besoin de l'esprit aussi bien que de la conscience, pour qui sait utiliser ses facultés, l'esprit peut se procurer le repos nécessaire, au moyen du simple changement

Paris 1838, où l'enchaînement logique de ces études est exposé avec ordre et discernement.

d'objet ou de genre d'occupation : c'est ainsi que le praticien se distrait des labeurs du cabinet par l'exercice que comporte le soin de ses malades, et réciproquement. C'est ainsi que l'esprit, fatigué de méditations sédentaires, peut se délasser par l'emploi du scalpel, des réactifs ou du microscope. L'homme laborieux n'est jamais inactif : il pense quand il n'agit pas, il pense en agissant, ou il agit en pensant. A peine la satisfaction des besoins de la vie vient-elle faire trêve à ce besoin incessant d'activité morale, et son sommeil même est peuplé des objets qui préoccupent ses veilles. Et ne croyez pas que cette vitalité cérébrale soit aussi contraire à la santé qu'on le suppose généralement ; car les grands hommes fournissent de nombreux exemples de longévité, témoins Hippocrate, le divin vieillard, Galien, Harvey, et tant d'autres que nous pourrions citer parmi les médecins anciens et modernes, sans parler des autres classes de savants, et surtout des littérateurs, tels que Corneille, Fontenelle et Voltaire.

La variété des occupations, qui résulte de la multiplicité même des études médicales, est donc une circonstance favorable au travail, et à cet égard il ne faudrait pas prendre trop à la lettre les avis sentencieux de ceux qui recommandent de ne s'occuper que d'un seul objet; pourvu cependant que les objets divers de vos travaux soient tous afférents à votre instruction médicale. Ainsi, rien ne développe l'intelligence comme d'associer la notion des généralités à celle des détails, la synthèse à l'analyse, la théorie à la pratique. Rien, par exemple, ne relève l'étude de l'anatomie comme celle de la physiologie correspondante aux organes étudiés d'abord graphiquement. Veuillez, à ce sujet, me pardonner une petite anecdote personnelle. Dès le début de mes études à l'Ecole de médecine navale de Rochefort, j'en étais encore à l'ostéologie, lorsque la curiosité me vint de prendre un avant goût des hautes questions de la science. J'allai demander à la bibliothèque le traité de Bichat, Sur la vie et la mort. Le bibliothécaire me regarda de travers, en me renvoyant assez durement au premier volume de l'Anatomie descriptive. J'insistai et j'obtins le livre désiré. Celui-ci m'ouvrit un horizon aussi large qu'attrayant, et me donna l'envie de lire ensuite l'Anatomie générale du même auteur. Cet admirable ouvrage fit mes délices pendant plusieurs mois, et soutint efficacement mon esprit contre les aridités et les dégoûts de l'amphithéâtre. Le bienfait ne se borna pas là, et lorsqu'après quinze mois d'études médicales, je vis s'ouvrir un concours, j'eus la témérité d'entrer en lice avec des condisciples plus anciens que moi de plusieurs années, ce qui ne m'empêcha pas de l'emporter sur eux ; ce que je dus à quelques aperçus que des études soi-disant prématurées de philosophie médicale me permirent de répandre sur les épreuves. C'est ainsi que j'entrai, comme par hasard, dans la carrière de la médecine navale. Depuis lors, cette tactique m'a servi dans tous mes actes d'étudiant, de candidat et même de professeur.

Ce principe s'applique expressément à l'étude de la pathologie générale et spéciale qui doivent marcher de pair entre elles, d'abord, puis de front avec l'étude clinique des maladies ; car, on ne saurait trop le redire, toujours et partout la synthèse et l'analyse, la théorie et l'application, s'éclairent et se fortifient mutuellement.

Mais pour que ces études parallèles soient vraiment utiles et fécondes, l'ordre et l'assiduité dans le travail sont également nécessaires. Ecouter ou lire sans méthode, sans attention, sans chercher à fixer

ses souvenirs par des procédés rationnels et durables; travailler, comme on dit vulgairement, à bâton rompu, en dissipant dans l'oisiveté ou l'abus des jouissances matérielles l'empreinte superficielle des travaux de l'esprit, c'est réaliser l'œuvre de Pénélope, et se condamner perpétuellement à l'infériorité. Connaître le prix du temps, cette denrée plus précieuse que l'or, car sa perte est irréparable; régler ses occupations de manière à pouvoir se rendre compte de ce qu'on a fait, de ce qu'on doit faire et de ce qu'on fera, tels sont les principes fondamentaux des études fructueuses, les qualités qui révèlent l'esprit d'ordre et qui servent de base à la méthode.

Je n'examinerai point si la série de vos études annuelles, telle qu'elle est instituée par les règlements universitaires, est aussi rationnelle et féconde que possible. J'accepte, tel qu'il est, le programme des facultés, et veux m'en tenir à la manière d'étudier que, dans tous les cas, il convient de mettre en œuvre.

Pour tirer quelque fruit d'un cours classique, il est plus essentiel que vous ne le croyez d'être exact à l'heure d'ouverture, et d'assister à toutes les leçons, sans quoi vous perdez nécessairement le fil d'un enseignement méthodique, et bientôt les lacunes résultant d'absences répétées, engendrent le dégoût pour l'objet de l'enseignement.

Point de profit à espérer d'un cours quelconque, si l'on n'y prend des notes par écrit, ne fût-ce que pour prévenir la somnolence. Tout élève assistant aux cours les bras croisés est, je le déclare, un mauvais étudiant qui manque d'ardeur, de méthode, souvent d'intelligence, et qui perd nécessairement son temps.

L'art de prendre des notes est la base, le pivot de toute instruction classique, car, vous le savez, *verba volant*, etc. Cet art de fixer ses souvenirs est, à mon avis, le plus difficile comme le plus fructueux, et décèle, à lui seul, le degré de capacité, la valeur réelle de l'étudiant; le mode varie nécessairement selon le genre et la portée de l'esprit, le degré d'instruction de l'élève, etc.; il doit varier aussi selon le genre d'enseignement et le caractère du professeur. L'élève inintelligent ne trouvera rien à noter, l'ignorant se chargera de détails superflus; un cours descriptif exige plutôt l'attention du regard que le concours de la plume; un professeur diffus et dépourvu d'originalité laisse peu de chose à recueillir; car les notes ont surtout pour objet de fixer les aperçus qui n'existent pas dans les livres.

Les cours théoriques doivent être rédigés à peu près *in extenso* par ceux qui les suivent pour la première fois. Rédiger la matière d'un cours, ce n'est pas reproduire textuellement toutes les paroles du maître; car bien peu de professeurs seraient flattés de voir publier leur débit littéral, où se glissent naturellement des négligences de langage, des propositions obscures ou hasardées. Rédiger un cours, c'est en traduire l'esprit plutôt que la lettre; c'est recueillir tout ce qu'il comporte d'essentiel et d'utile, en fait de détails et de généralités, de descriptions et de commentaires. Telle leçon de deux heures peut être condensée en deux pages. Le cours rédigé, c'est le maître résumé et parfois corrigé; c'est la substance épurée, l'essence du débit cathédral. Vous comprenez déjà ce qu'il faut d'intelligence et de notions acquises pour réaliser convenablement un pareil travail.

Les notes prises aux leçons exigent une aptitude particulière qui consiste à se former un système mnémonique de signes abrégés. Je ne parle

pas précisément de la sténographie, qu'il serait à désirer pourtant que l'élève possédât; mais seulement d'un certain art de résumer beaucoup de choses en peu de mots. A cet égard, chaque auditeur peut avoir son grimoire à soi, que lui seul peut déchiffrer, et dans lequel un mot, un nom, une date, un signe peuvent rappeler une foule d'objets, pourvu qu'il ne s'écoule pas trop de temps entre l'audition et la mise au net. Aussi la rédaction correcte doit-elle être effectuée à tête reposée, à domicile, le jour même de la leçon.

Pour certains cours pratiques, basés sur des faits, des descriptions *de visu*, des expériences matérielles, des objets fortuits, sans liaison systématique entre eux, la rédaction des notes réclame, sinon moins d'application, du moins un talent moins développé d'analyse et d'exposition. Il s'agit, en effet, de saisir, en quelque sorte au passage, les détails intéressants, les remarques utiles, les aperçus nouveaux qui émanent du sujet ou jaillissent de l'inspiration du professeur.

Cette annotation détachée est aussi celle qui convient, même pour les cours systématiques, à ceux des auditeurs qui ont suivi et rédigé ces cours une première fois, et aux assistants qui sont déjà parvenus à ce degré d'instruction qui permet de négliger les éléments pour n'enregistrer que les perfectionnements, les nouveautés de la science, les originalités d'un enseignement, etc.

Dans tous les cas, les notes suivies ou détachées doivent être mises au net et consignées dans des cahiers ou registres *ad hoc*. Les cours seront naturellement rédigés dans l'ordre qui régit le cours lui-même. Les notes détachées exigent un système de collection rarement pratiqué et que je voudrais vous voir adopter : c'est la rédaction par ordre alphabétique : un registre in-4°, de moyen volume, est divisé en autant de compartiments qu'il y a de lettres dans l'alphabet, en laissant plus d'espace ou de feuillets aux lettres qui comportent, en général, le plus de mots. Sur les feuillets de ce registre, on inscrit, aux lettres qui s'y rapportent, les notes détachées qu'on a recueillies, non-seulement dans les cours, mais encore dans les lectures, pour les retrouver facilement au besoin.

Nous verrons que les *observations* cliniques s'accommodent mieux du système de collection en feuilles détachées.

On ne saurait imaginer combien l'habitude de rédiger, de résumer, d'extraire, communique de rectitude et de précision, d'étendue et de profondeur à l'entendement, et quelle richesse de science et de matériaux elle accumule insensiblement. Ces notes finissent par constituer un véritable trésor où, dans mainte occasion, l'étudiant, le praticien, l'orateur et l'auteur peuvent puiser des notions, des faits, des autorités précieuses pour les besoins du moment. Il n'est pas un médecin de quelque valeur qui ne puisse exhiber de pareilles archives, témoignages permanents d'une vie consciencieusement et fructueusement occupée.

En outre, ce travail a pour vous des avantages plus immédiats; c'est d'abord de vous habituer à résumer vos acquisitions, à déduire logiquement vos idées, à les rendre en style précis et correct, sinon élégant; c'est de vous faciliter de plus en plus l'investigation et la rédaction méthodique des faits, des observations, des idées qui viennent fixer votre attention; c'est de vous mettre à même de donner une forme scientifique et littéraire à votre style parlé ou écrit, dans les examens dans les con-

cours et finalement dans l'édification de la thèse, complément obligé de vos épreuves de doctorat.

Puisqu'il m'est dévolu de vous guider alternativement sur le terrain de la théorie et sur celui de l'observation, de vous enseigner successivement la pathologie et la clinique, je compléterai les considérations précédentes en vous indiquant, à grands traits, les règles à suivre pour retirer le plus de fruit possible de vos études pratiques. Pas n'est question ici de la manière d'examiner les malades et de déduire les conséquences de cet examen : c'est l'objet essentiel de vos exercices cliniques. Je veux parler seulement de la manière de vous inculquer les résultats de ce travail quotidien.

Et d'abord, sans vouloir critiquer le système d'enseignement consacré par les règlements, je ferai ressortir de nouveau la nécessité de faire marcher de front la pathologie et la clinique. Etudier l'une sans l'autre, c'est se consumer en labeurs impuissants et même dangereux, en raison des notions vagues et des idées fausses qui en résultent nécessairement. Eh quoi ! l'on insiste perpétuellement sur le danger d'étudier la chimie sans le secours des manipulations, l'anatomie ailleurs que sur le cadavre; on proclame l'insuffisance des livres, des planches et même des pièces artificielles, et l'on aurait l'inconséquence de vous lancer dans le domaine de la pathologie en vous interdisant la fréquentation des hôpitaux ? Est-il donc plus facile et moins hasardeux d'imaginer un symptôme quelconque, tel que la fièvre, l'état typhoïde, le râle crépitant, le souffle tubaire, etc., que de se figurer mentalement l'aspect ou la direction d'un muscle, d'une artère ou d'un nerf? Erreur, erreur fatale contre laquelle je m'inscris avec toute l'énergie de mes convictions. Si vous m'en croyez, vous ne prendrez pas connaissance d'un détail morbide dans un livre, sans chercher à le contrôler immédiatement par l'observation. Ainsi vous scellerez la notion théorique par le témoignage des sens, vous grefferez l'art sur la nature et vous ne risquerez pas de vous inculquer des préjugés, des illusions dont plus tard vous auriez beaucoup de peine à vous dépouiller. Sans doute, en approchant pour la première fois du malade, vierges à peu près de notions pathologiques, vous n'entreverrez les faits qu'à travers un nuage, et le langage même du professeur sera pour vous lettre close ; mais graduellement le chaos se débrouillera, et bientôt le mot et la chose éclateront simultanément à vos yeux, avec la rectitude et la pureté qui résultent du contrôle mutuel du fait et de l'idée. Ce double enseignement marchera d'autant plus vite que vous vous serez plus exactement astreints à vérifier l'un par l'autre le livre et le malade, c'est-à-dire à chercher dans les hôpitaux le spécimen des maladies que vous aurez *lues*, et dans les auteurs la description méthodique des maladies que vous aurez *vues*.

C'est d'ailleurs le plus sûr moyen d'utiliser vos matinées. En effet, il est bien rare que le goût du travail l'emporte sur l'attrait du sommeil, tandis qu'obligés de secouer la paresse pour aller aux cliniques, vous emploierez utilement des heures matinales qui courraient grand risque d'être perdues.

En venant aux cliniques, astreignez-vous aux heures précises : indépendamment des faits précieux que vous pourriez perdre sans cela, l'exactitude, lorsque l'on a le courage de s'y plier, devient promptement un besoin; l'exactitude, qualité rare et précieuse, premier élément de l'ordre, d'où

naissent la satisfaction personnelle, la paix domestique, la prospérité dans les affaires, l'estime et la confiance du monde. Car l'exactitude n'est pas seulement, comme on l'a dit, la politesse des grands; c'est, chez tous les hommes, l'expression du respect humain, de la décence, voire même de la probité; car l'homme inexact vole en réalité le temps d'autrui et devient un fléau pour la société. Toujours affairé, ahuri, manquant de parole et d'égards à ses semblables, il se fait le plus grand tort à lui-même, car il manque rarement de subir le contre-coup des mécontentements qu'il a suscités.

C'est aux cliniques surtout qu'il est nécessaire de prendre des notes, car il s'agit des enseignements fugitifs de la nature. Rédiger un cours de clinique, c'est d'abord recueillir les observations complètes des malades les plus intéressants, sinon de tous. Ce relevé sera fait non-seulement sur la parole du maître, mais plus expressément encore d'après un examen complet fait par soi-même. Sans ce travail personnel et suivi, l'instruction clinique est un leurre. L'enseignement clinique est essentiellement, sinon tout entier, au lit même du malade. Manquer aux visites et n'assister qu'aux conférences, c'est prendre l'ombre pour le corps. Les développements oraux du professeur ne sont que le complément, l'élucidation des faits observés sur nature. Ils ne peuvent profiter à l'élève qu'autant que celui-ci a vu, exploré les malades par lui-même, et les dissertations *ex cathedrâ* n'ont d'utilité qu'à titre de commentaires annexés aux faits recueillis *de visu*.

(*La fin à un prochain numéro*.)

---

M. le ministre de l'intérieur vient d'adresser à l'Académie de médecine un document important sur l'épidémie du choléra qui règne en ce moment en Pologne. Ce document peut être considéré comme officiel, car il émane de M. Tschekgrlien, conseiller privé, inspecteur en chef du service de santé et président du conseil médical de la Pologne. Ce travail est intitulé : *Notice sur le choléra épidémique du royaume de Pologne en* 1852; il est divisé en trois parties; la première est composée de notions statistiques. Les nombreux articles que nous avons publiés sur la marche du fléau nous dispensent de nous arrêter sur cette partie. Les mesures générales prises dans tout le pays, et dans la ville de Varsovie en particulier, constituent la seconde partie. Nous nous arrêterons de préférence sur la troisième partie, qui termine ce travail, et qui a pour titre : *Notions médicales.*

L'auteur n'élève aucun doute sur l'identité de ce choléra avec le choléra asiatique épidémique. L'apparition de l'épidémie actuelle s'annonce par des cas plus fréquents de diarrhées et de fièvres intermittentes, qui durent quelquefois deux ou plusieurs semaines. Mais il n'est pas rare de voir la maladie se développer dans toute sa force, sans symptômes précurseurs. Les symptômes sont absolument les mêmes que dans les épidémies antérieures. L'énumération qu'on fait l'auteur ne laisse absolument aucun doute à cet égard. Toutefois, il dit que les crampes se sont montrées moins universelles et moins violentes, et que la suppression des urines n'a pas été observée chez tous les malades. Les vomissements ne constituaient pas un mauvais signe; au contraire, plus longtemps le malade évacuait par le haut, plus on avait l'espoir de le sauver.

D'un autre côté, on a remarqué plus souvent qu'autrefois une respiration laborieuse, ainsi qu'une tension douloureuse dans les hypocondres, surtout dans l'hypocondre droit. La respiration laborieuse était d'un mauvais pronostic. Quelquefois, pendant la cyanose, eurent lieu des évacuations alvines sanguinolentes ou des vomissements mêlés de sang; dans les cas de ce genre, presque tous les malades succombaient.

Ce qui frappe singulièrement dans l'épidémie actuelle, c'est la violence et la rapidité de la maladie; il lui suffisait souvent de quelques heures pour enlever le malade. Dans les premières semaines de l'épidémie, dans quelques localités, la maladie était pour la plupart si aiguë, que le même jour, ou le jour suivant, elle finissait par un retour visible à la santé ou par la mort. Il est fâcheux que l'auteur n'ait pas donné la proportion de ces cas aigus et soudains.

Quant aux modes de terminaison de la maladie, ils ne diffèrent pas sensiblement de ceux observés dans les invasions antérieures. Cependant l'auteur note, comme particularités caractéristiques de l'épidémie actuelle :

Une fréquence extraordinaire de récidives, terminées le plus souvent par la mort;

L'apparition d'exanthèmes (rougeole, scarlatine, urticaire), de parotides et de charbons qui présageaient une terminaison heureuse;

Les vers intestinaux;

La simultanéité avec le choléra des dyssenteries, des typhus, des exanthèmes, et particulièrement de la scarlatine.

Enfin, des cas nombreux de choléra parmi les enfants et même parmi les nourrissons, dont un grand nombre a succombé.

Le paragraphe relatif à l'autopsie n'apprend rien de nouveau.

Le paragraphe qui concerne l'étiologie n'est qu'une énumération des causes partout indiquées, mauvaise alimentation, fruits crus et acides, légumes, ivrognerie, influences morales, refroidissements, etc. Impossible de reconnaître, dans cette notice, la part qu'il faut faire à chacune de ces causes dans la production de la maladie.

Quant au paragraphe relatif au traitement, le plus étendu de tous, il ne fait que rappeler la longue série des moyens divers, bien connus d'ailleurs, qui ont été partout employés, mais dont il est impossible d'apprécier la valeur relative, faute d'observations ou de résultats numériques qui les résument. On voit que quelques essais ont été faits avec la strychnine, avec le refroidissement du corps par des linges mouillés, par la teinture de cantharides suivant la méthode de Rademacher; mais quoique l'auteur attribue une certaine efficacité à l'emploi de ces moyens, il ne peut s'empêcher d'en revenir à cet aveu pénible: on ne possède pas encore un remède certain contre le choléra.

Tel est le résumé succinct de ce travail, que l'auteur termine modestement de la manière suivante : « Le présent exposé sommaire n'est qu'un coup d'œil jeté sur le caractère de l'épidémie ; un compte-rendu systématique et scientifique est impossible pour le moment, tous les médecins du pays n'étant voués qu'aux occupations pratiques considérablement accrues de leur état.

---

Voici la liste des prix qui ont été décernés dans la séance de rentrée de la Faculté de médecine. — Prix de l'éole pratique. *Grand prix* (médaille d'or), Duménil. *Deuxième prix*, MM. Faivre (Jean-Joseph), Mandon (Jacques), Titon (Auguste). *Mention honorable*, Frémineau. *Prix Montyon*, partagé entre MM. Cgarcot et Foucher; *accessit*, Leroy d'Etiolles (Raoul). *Prix Corvisart*, M. Château.

---

M. le docteur Delstanche, membre de la Société des sciences médicales de Bruxelles, vient de fonder deux prix pour 1854. Voici les questions proposées par la Société: 1° Faire l'histoire de la surdité nerveuse, et indiquer les moyens de la guérir. L'auteur devra indiquer une méthode de traiter efficacement la surdité nerveuse et en démontrer la valeur par des observations concluantes. Le prix sera de 1,000 francs. 2° Traiter un sujet quelconque de la pathologie des organes auditifs, de façon à y réaliser un progrès. La Société donnera la préférence aux Mémoires qui auront surtout en vue la thérapeutique. Le prix sera de 300 francs. Les Mémoires seront adressés, sous les formes habituelles et francs de port, à M. le docteur J. Crocq, secrétaire de la Société, rue du Bois-Sauvage, 14, avant le 1er mars 1854.

---

M. le docteur Blanche, directeur de la maison de santé de Passy, consacrée au traitement des aliénés, vient de succomber à une longue et douloureuse maladie, à l'âge de cinquante-sept ans. Au régime de l'intimidation, régime facile et commode pour le médecin, mais dangereux pour le malade, M. Blanche avait, depuis longues années, substitué celui de la médecine morale. Vivant, lui et les siens, au milieu de ses malades, partageant leurs repas, leurs distractions, leurs promenades, il avait donné à sa maison un cachet qui lui est propre et qui restera. Ce fut une de ses plus douces consolations, au milieu de ses souffrances, de voir qu'il laissait un fils digne de le remplacer et de perpétuer son œuvre. M. le docteur Emile Blanche a été, en effet, un des meilleurs internes des hôpitaux de Paris, et il a montré, depuis cinq années qu'il dirige la maison, qu'il avait hérité des qualités remarquables qui distinguaient son père.

---

*Le rédacteur en chef*, E. DEBOUT.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

## DE L'INFLUENCE DES DOCTRINES SUR LA PRATIQUE.

(Suite et fin (1).

Mais voici venir des sectaires, lesquels, humoristes ou solidistes au fond, prétendent interpréter l'un ou l'autre système, qui par la physiologie pure, qui par les simples lois de la physique, d'autres enfin par les affinités et les réactions de la chimie. Cette dernière tendance est celle qui domine au sein de l'humorisme moderne. Voyons sur quoi peuvent reposer ces prétentions, et dans quelles limites on peut les admettre.

Ne serait-ce pas nier la lumière que de récuser l'action physiologique des organes les uns sur les autres, dans des cas où la physique et la chimie sont radicalement frappées d'insuffisance? Est-ce la physique, est-ce la chimie qui pourront expliquer les influences du moral sur l'organisme, le rôle de l'innervation dans l'exercice des organes, le jeu des sympathies et des phénomènes réflexes, l'empire de la douleur sur les idées, sur la circulation, la respiration, la digestion, la nutrition, etc., etc., etc. ? Que dans un temps, encore bien éloigné, sans doute, la vie soit destinée à rentrer sous la domination des lois générales de la nature inanimée, de la gravitation, des affinités, de l'électricité, etc., c'est une vue de l'esprit à laquelle il est permis spéculativement de donner carrière, un point de mire duquel ont surgi et doivent émaner à l'avenir de précieuses découvertes, il faut en convenir. Mais lorsqu'on a rompu tout pacte avec les séductions des théories, lorsqu'on se défie du mirage insidieux de l'hypothèse, ainsi qu'on doit le faire lorsqu'il s'agit de la vie de ses semblables, force est bien de concéder encore une large part à l'organisme vivant, fonctionnant d'après des lois qui lui sont propres, d'autant mieux que les données de l'expérience procurent d'assez heureux résultats dans l'exploration des rapports observés entre les organes, en dehors des lois communes de la physique et de la chimie. Témoin l'empire de la médecine morale, l'emploi des sédatifs, des antispasmodiques, des révulsifs, etc.

Ceci posé, nous ne saurions méconnaître la fréquente intervention de la physique, soit dans la production des maladies, soit dans l'art de les guérir. Les effets patents de la pesanteur, du froid, du chaud, de l'humidité, de l'électricité, les phénomènes résultant des obstacles à la circulation, les déformations, les obstructions, les constrictions, les di-

(1) Voir la livraison du 15 octobre, page 337.

latations d'organes, constituent les causes formelles de beaucoup de maladies et fournissent des ressources assez nombreuses à la thérapeutique. Mais, en dehors de ces lésions et de ces procédés mécaniques, combien en est-il d'autres où la physique n'a rien à voir ni rien à faire !

Dans ses empiétements sur la physiologie, la physique rencontre une rivale heureuse et redoutable, c'est la chimie.

Sur la chimie, nous en sommes convaincu, repose essentiellement l'avenir de la science. C'est en elle que fermente le germe des progrès futurs ; mais gardons-nous d'escompter cet avenir et de préjuger ces progrès. Permettons au temps de conduire son œuvre à maturité ; et dans notre empressement à poser le comble de l'édifice, craignons de le voir s'écrouler sur sa base. Plusieurs fois déjà, au temps de Sylvius et de Fourcroy, la chimie a semé le sol médical de ses ruines. Tâchons que l'expérience des pères ne soit pas perdue pour les enfants. Certes, il est grand nombre de causes morbides qui, pénétrant dans l'économie, vont profondément modifier la molécule organisée. Certes, beaucoup de nos remèdes ne manifestent leur puissance qu'en vertu des réactions intimes qu'ils suscitent parmi les éléments matériels de l'organisme ; mais combien de ces causes et de ces agents dont le mode d'action est encore enveloppé d'un voile impénétrable ! Il est des cas, sans doute, où l'absorption, l'exhalation, la résolution, la sédation, font naître des idées d'endosmose, d'exosmose, de coagulation, de précipitation, etc. ; mais qu'il y a loin encore de ces ingénieuses hypothèses à la démonstration péremptoire, et combien de répugnances, de préjugés d'école, si l'on veut, restent encore à vaincre, avant d'avoir amené tous les esprits à ne voir dans la machine organisée qu'une trame inerte, une simple capsule à réactifs dans laquelle tous les phénomènes de la vie s'accompliraient à l'instar de ce qui se passe *in vitro*, sur la table du laboratoire !

De même que nous ne saurions dissimuler nos espérances à l'endroit de l'avenir réservé à la chimie, de même nous nous raidissons contre ces théories anticipées qui font considérer le tube digestif comme un simple récipient membraneux où les purgatifs, par exemple, ne font autre chose que provoquer une exsudation passive ; les vaisseaux, comme des tuyaux de conduite sur les parois desquels les hyposthénisants ne feraient que précipiter quelques éléments du sang qui les obstruent, comme la rouille dépolit un tube métallique.

Quelques exemples empruntés aux idées généralement reçues feront mieux juger de la fragilité de certains principes de chimie médicale.

Au point de vue pathogénique, nous avons déjà signalé la suspicion légitime qui plane sur la théorie exclusivement humorale et chi-

mique de la fièvre typhoïde. A propos de la fibrine, vous savez qu'il était convenu, depuis des siècles, que le scorbut était dû à la liquéfaction du sang. M. Andral prétend avoir démontré par des analyses, qu'en effet la fibrine est en moins et sensiblement altérée dans le scorbut. Et voilà que de nouveaux expérimentateurs, MM. Becquerel et Rodier sont venus, contradictoirement, démontrer à leur tour que le sang des scorbutiques n'est guère ni moins fibrineux, ni moins coagulable que le sang normal. J'avais moi-même constaté ce dernier fait dans plusieurs autopsies ; mais je n'osais produire ma pensée, de peur d'afficher des idées paradoxales et de soulever des clameurs de haro ; mais le fait est si bien établi, que M. Andral l'a reconnu lui-même, en pleine Académie des sciences.

Autre fait : vous vous rappelez avec quelle confiance magistrale les chimistes modernes, M. Bouchardat en particulier, ont expliqué le diabète sucré par la transformation anormale de la fécule alimentaire en glucose, dans la cavité même de l'estomac. Eh bien, M. Claude Bernard a dûment démontré que le sucre se forme, même à l'état normal, non plus dans l'estomac, mais dans le foie. Le grand prix de physiologie décerné récemment par l'Institut à M. Claude Bernard vient de donner une consécration éclatante à cette nouvelle théorie. Il y a plus, il paraîtrait qu'on rencontre du sucre dans la plupart des humeurs de l'économie, dans l'état de santé et dans diverses affections autres que le diabète. A quoi se fier, je vous le demande, après de telles perturbations scientifiques, après de telles palinodies !

Au point de vue thérapeutique, nous avons aussi fait ressortir la fausseté des inductions pratiques qu'on voudrait tirer de la défibrination du sang dans la fièvre typhoïde ; nous avons vu également les modifications qu'a subies récemment le traitement en même temps que la théorie de la chlorose. Maintenant, vous savez de quelle réputation jouissent les alcalins, et notamment les eaux de Vichy dans le traitement des graviers et des calculs urinaires. Eh bien ! il est démontré que les solutions alcalines concentrées n'érodent qu'à peine la superficie des calculs qu'on y laisse macérer pendant longtemps. Or, que peut-on espérer de quelques molécules alcalines diluées, perdues dans le torrent de la circulation avant d'aboutir au réservoir urinaire, bien que M. Claude Bernard ait abrégé la distance qui sépare celui-ci de l'estomac, en signalant le reflux antiphysiologique et paradoxal qu'il prétend exister dans la veine cave inférieure ? M. Durand-Fardel a publié, dans ces derniers temps, des considérations très-sensées au sujet de cette action chimique trop légèrement attribuée à l'eau de Vichy dans le traitement de la lithiase urinaire.

Jamais, non plus, nous n'avons pu nous persuader que quelques grammes d'éther et de térébenthine dilués dans les sécrétions gastro-intestinales, puis transportés dans la circulation, pussent aller attaquer et dissoudre les concrétions de cholestérine au sein des voies biliaires.

Oui, l'action chimique peut s'exercer et s'exerce au contact ou même à distance très-limitée ; mais il est impossible d'admettre qu'elle se réalise à l'état de division où les réactifs pénètrent dans l'intimité des organes, et avec le soin que prend la nature d'éliminer plus ou moins rapidement les molécules hétérogènes, les éléments étrangers à l'économie. Ce sont ces considérations indéclinables qui, précisément, militent en faveur des simples lois de la physiologie pathologique, et qui lutteront longtemps encore contre les envahissements de la chimie.

Alors même que l'agent chimique agit au contact, ainsi que cela s'observe, par exemple, dans le traitement des pseudo-membranes gutturales par l'alun ou le nitrate d'argent, ces modificateurs n'auraient pour résultat que de détruire un effet, un produit de maladie, en laissant subsister celle-ci, s'ils n'étendaient plus loin leur action, s'ils n'allaient modifier, non plus chimiquement, mais bien organiquement, la membrane sécrétante ; s'ils n'agissaient sur la vitalité de la muqueuse, de manière à changer son mode d'action sécrétoire.

Accueillons donc la chimie médicale et ses modernes aspirations avec les honneurs qu'elles méritent, ni plus ni moins. Faisons la part des affinités dans la production et la solution des maladies ; mais n'oublions pas que les réactifs, indépendamment de l'action chimique qu'ils peuvent réaliser, exercent en outre une action *impressionnelle*, organique et fonctionnelle sur les tissus vivants qui subissent leur contact. Dans le système dont nous signalons les excès, certains agents insolubles, inertes *à priori*, peuvent devoir leur solubilité, et partant, leur activité aux menstrues, acides ou alcalis, qu'ils rencontrent dans l'estomac ou dans les intestins ; mais n'est-ce pas comme agents d'impression qu'ils sollicitent les sécrétions, et surtout les contractions du canal digestif, pour produire le vomissement et la purgation ?

En définitive, c'est donc, je le répète, à titre de complément lumineux et fécond, que nous devons accepter et cultiver la chimie dans ses rapports avec la pathologie et la thérapeutique ; mais c'est à condition qu'elle n'abusera pas de ses pouvoirs et de son prestige pour annihiler les puissances collatérales.

L'empirisme pathologique et thérapeutique, triomphant de la caducité des systèmes exclusifs ou hasardés, règne orgueilleusement aujourd'hui sur une grande partie du monde médical. On rencontre une foule d'esprits forts, affectant de fouler aux pieds doctrines et théo-

ries, et qui croient se glorifier eux-mêmes en humiliant leur propre science, qu'ils relèguent au rang des arts, sous prétexte qu'elle est dénuée de principes régulateurs ; mais n'est-ce pas déjà un système, et le pire de tous, que de nier *systématiquement* tout principe

L'empirisme pathologique, avons-nous dit, est celui qui ne veut connaître de la maladie que le nom, qui traite l'organisme malade comme on traite la matière inerte, avec la pensée qu'il répondra toujours de la même manière aux agents destinés à le modifier. Pour ces mathématiciens acéphales, les équations sont toujours les mêmes : colchique est toujours égal à rhumatisme, calomel à fièvre typhoïde, belladone à épilepsie, etc. Certes, il est des maladies qui, dans la plupart des cas, sont plus avantageusement combattues par telle médication que par telle autre ; mais c'est méconnaître les premiers rudiments de l'observation, que de nier la multiplicité, la variabilité, la prédominance mobile des éléments dans les maladies de même nom ; car les éléments, âge, sexe, constitution, climat, cause, siége, lésion matérielle, phénoménologie fonctionnelle, etc., apportent, non-seulement dans chaque fait isolé, mais encore dans les diverses phases d'un même fait, des modifications qui, dans certains cas, peuvent aller jusqu'à transformer complétement l'indication première ou radicale. L'empirisme pathologique peut avoir sa valeur autant que les maladies de même nom conservent le même type, la physionomie classique, pour ainsi dire ; mais cet empirisme demeure frappé d'impuissance et dégénère en un fatal aveuglement, alors qu'il méconnaît l'existence et l'empire des éléments accidentels ou fortuitement prédominants.

L'empirisme thérapeutique est celui qui, se bornant à constater que tel remède réussit dans telle maladie, refuse de se rendre compte du mode d'action de ce remède, c'est-à-dire des relations qui peuvent exister entre sa composition ou ses effets patents, et les conditions de l'organisme malade. Dans ce système, il est interdit de se demander si c'est en diminuant la masse du sang qu'agit la saignée, si c'est en provoquant les contractions de l'estomac que les émétiques font vomir, si c'est en impressionnant le cerveau que l'opium fait dormir, si c'est en agissant sur le cœur que la digitale modère le pouls. Bref, ce système est l'ilotisme scientifique, la négation du plus bel attribut de l'humanité, le raisonnement. Jamais il ne viendrait à l'idée d'un empirique de chercher dans un remède l'élément essentiellement actif qui peut s'y trouver mêlé à plusieurs autres, et sous l'autocratie de ce système, la quinine, la morphine, la strychnine fussent restées éternellement plongées dans les limbes, aussi bien que les découvertes de l'anatomie pathologique et de la physiologie expérimentale.

Et pourtant cet empirisme thérapeutique, en dépit de sa dégradation, trouve parfois ses applications dans le temps et dans l'espace, comme disent les philosophes.

Dans le temps, alors qu'un remède venant à surgir, dont l'efficacité se trouve dûment constatée, nous sommes forcés de l'accepter à l'état brut, en attendant que la science vienne en dégager la théorie. Tels furent le quinquina, l'opium, la noix vomique, avant qu'on en eût isolé les principes spéciaux, et qu'on eût étudié leur action élective sur les organes ; tels furent les ferrugineux, avant que la composition du sang et la cause formelle de la chlorose fussent connues ; tel est encore le mercure, dont nous ignorons complétement le mode d'action dans la syphilis.

L'empirisme thérapeutique trouve ses applications dans l'espace ; c'est-à-dire que, dans le domaine de la pathologie et de la matière médicale, se rencontrent certaines affections réfractaires à nos tentatives d'interprétation, et certains remèdes dont le mode d'action reste inconnu ; de sorte que l'on guérit les unes sans trop savoir quelles sont les altérations de l'organisme qui les produisent, et que l'on applique les autres, ignorant les modifications qu'ils vont réaliser dans l'intimité de l'économie. Telles sont, parmi les maladies, la plupart des névroses : tétanos, chorée, névralgies, que l'on guérit par cas fortuit, au moyen des antiphlogistiques, des sédatifs, des antispasmodiques, des révulsifs, sans que rien puisse, *à priori*, nous déterminer en faveur de tel ou tel de ces agents. Tels sont, parmi les remèdes, le tartre stibié dans la pneumonie, l'ipécacuanha dans la dyssenterie, les bains sulfureux dans la chorée, le nitrate d'argent dans l'épilepsie, l'huile de foie de morue dans les scrofules, et sans que nous sachions précisément comment agissent ces moyens pour ramener la santé. Sous le prétexte assez plausible que nous ignorons le dernier mot de toutes nos médications, c'est-à-dire qu'il reste toujours quelque inconnue au fond de nos théories, les empiriques ne veulent admettre que des spécifiques, c'est-à-dire des remèdes occultes; tandis qu'exagérant dans un sens contraire, les rationalistes *quand même* prétendent, bon gré mal gré, se rendre compte du mode d'action de tous les remèdes. Dans ce conflit de prétentions outrées, tâchons de ne pas laisser échapper le fil conducteur qui nous dirige, le positivisme sur les limites duquel il faut savoir s'arrêter : *Melius est sistere gradum quàm progredi per tenebras.*

Cette part faite successivement à toutes les doctrines, nous conduit naturellement à celle qui les comprend toutes, à l'éclectisme. Mais nous avons vu que ce système multiforme est de deux sortes : 1° l'éclectisme spéculatif qui prétend pénétrer au delà des faits patents. De ce-

lui-là, nous n'userons qu'en désespoir de cause, que comme pis-aller, lorsqu'il nous faudra chercher à tâtons le mobile des affections que nous aurons vainement attaquées par leurs côtés apparents; ou bien encore nous l'emploierons à titre de gymnastique intellectuelle, lorsqu'il nous plaira de rechercher le mécanisme ou la théorie quintessentielle des phénomènes observés; mais alors nous aurons soin de distinguer la démonstration de la probabilité, et de fixer la limite où finit l'observation, où commence l'hypothèse, et nous dirons : tel fait est probablement humoral dans son principe, tel autre relève du solidisme; ici c'est la physique, là c'est la chimie qui fournit les interprétations les plus vraisemblables, sauf la sanction de l'expérience.

L'éclectisme positif n'est autre chose que ce que nous appelons la *Doctrine des éléments pratiques*, c'est-à-dire visibles et tangibles; laquelle est une doctrine, non pas parce qu'elle est éclectique, mais parce que, de propos délibéré, elle n'admet que les faits, et tous les faits patents et palpables. Ainsi nous sommes vitaliste, sauf restriction mentale, en face des lésions fonctionnelles, sans lésion matérielle *appréciable*. Nous devenons solidiste, humoriste, pneumatiste même, en présence des lésions évidentes des solides, des humeurs et des impondérables. Mais comme nous avons aussi la prétention d'être rationnel, nous chercherons à découvrir et à constater la filiation, les rapports entre les altérations de ces divers éléments, en tant que ces rapports seront manifestes, ou du moins infiniment probables. Exemple : la paralysie est un symptôme fonctionnel : que si ce symptôme ne se relie à aucune lésion appréciable, nous l'acceptons, au moins en pratique, comme essentiel et primitif, et nous le combattons directement. Mais la paralysie est le plus souvent conjointe à d'autres éléments : apoplexie sanguine, ramollissement cérébral, corps fibreux de la dure-mère, etc. Dans ces cas, la paralysie n'est plus qu'un élément subordonné à d'autres éléments organiques ou physiques qui, manifestement, dominent l'élément fonctionnel, et qui réclament alors et d'abord l'attention du praticien.

Mais ce faisceau d'éléments positifs, nous nous garderons de le disjoindre et de sacrifier le tout à la partie, les effets à la cause, comme le font les doctrinaires exclusifs. Sans doute nous aurons égard à la hiérarchie des phénomènes; mais, tout en cherchant à conjurer l'élément primordial, nous ne perdrons pas de vue les éléments secondaires ou conjoints. Tout en attaquant la cause, nous chercherons parfois à modifier directement les effets; les cas d'ailleurs sont assez fréquents où l'art est impuissant contre la lésion originelle et où, bon gré mal gré, nous sommes obligés de faire ce qu'on appelle la méde-

cine du symptôme, médecine qui vaut mieux que sa réputation ; car, indépendamment de ce qu'elle nous est trop souvent imposée par la nécessité, elle conduit parfois à des résultats inespérés. De même qu'en stratégie on peut parvenir à réduire la place en ruinant les dehors, de même, en pratique médicale, la suppression des symptômes ou des éléments secondaires peut amener la solution de la maladie. Au pis-aller, c'est quelque chose que de conjurer la douleur et de prolonger la vie. Réduite à ces proportions, la médecine serait encore un immense bienfait pour l'humanité.

Rationnel aussi souvent et aussi longtemps que possible, nous ne céderons que par nécessité le pas à l'empirisme ; mais nous le ferons de bonne grâce et sans regret, tant à cause de la valeur intrinsèque et réelle de l'empirisme dans bien des cas, que par condescendance pour l'aphorisme : *Melius est anceps remedium adhibere quàm nullum* ; et pour cet autre : *In extremis morbis extrema remedia.* Quoi de plus rationnel, d'ailleurs, que l'axiome *A juvantibus et lædentibus fit indicatio ?* Aussi pourrait-on appeler l'empirisme l'*ultima ratio* des praticiens, s'il n'y avait opposition dans les termes.

Que vous dirai-je ? nous serons même polypharmaque au besoin, c'est-à-dire alors que plusieurs éléments s'offriront à combattre, soit à la fois, soit successivement. Mais nous aviserons à ce que notre polypharmacie repose toujours sur des bases bien établies et sur des données non contradictoires, considérant comme l'opprobre de l'art cette indigeste droguerie qui cumule les moyens, sans égard pour les antipathies nosologiques et thérapeutiques, sans souci des ténèbres qu'elle répand et qu'elle entretient autour des problèmes de la science.

J'aurais voulu clore cette esquisse des liaisons de la doctrine avec la pratique, par des exemples qui missent en relief nos procédés comparés à ceux des autres praticiens, et qui vous rendissent palpables les avantages des principes que nous professons ; mais, d'abord, ces exemples sont disséminés en assez grand nombre dans les écrits que nous avons consacrés à l'édification de notre doctrine des éléments positifs ; puis, les travaux auxquels nous allons nous livrer ensemble ne seront qu'une longue et constante application de ces principes dont vous pourrez chaque jour apprécier la valeur en les voyant, en quelque sorte, aux prises avec la réalité, en contact avec la maladie.

Puisse cette étude vous pénétrer de la profonde sagesse qui a dicté l'axiome de Leibnitz, à savoir que toute école est en possession d'une partie de la vérité. Puisse-t-elle vous faire comprendre que, s'enrôler exclusivement sous un des drapeaux arborés par les diverses doctrines, c'est non-seulement chose hasardeuse et téméraire, mais encore in-

conséquence et faiblesse d'esprit ; car chacune de ces bannières n'est qu'un lambeau de la trame scientifique. Il est vrai que cette compréhension universelle agrandit singulièrement la tâche et multiplie prodigieusement les difficultés ; mais les aspirations de la paresse, la myopie de l'intelligence et les révoltes de la vanité ne changent pas la nature des choses ; la vérité est absolue, et la vérité est que notre science est la plus laborieuse, la plus ardue et la plus décevante de celles qui placent l'homme en face des mystères de la nature. Comment s'étonner, dès lors, qu'un bon médecin, qu'un praticien complet, soit chose si rare, *rara avis*, selon l'expression de F. Hoffmann ? Comment ne pas s'effrayer de l'obscurité de la route et de l'éloignement du but ? Comment prétendre ne jamais broncher dans une voie semée de tant d'écueils, de déceptions et de défaillances? Aussi compté-je sur vous, messieurs, pour me couvrir de l'indulgence dont ont besoin les plus grands génies de l'humanité, laquelle est faillible de sa nature, et pour m'aider à explorer et à féconder, au profit de nos malades et de vos propres intelligences, le laborieux terrain que nous allons exploiter. Prof. FORGET.

---

## OBSERVATIONS DE THORACENTÈSE.

Par M. LEGROUX, médecin de l'hôpital Beaujon, professeur agrégé à la Faculté de Paris.

Depuis environ deux ans que M. Trousseau a communiqué à la Société médicale des hôpitaux les faits de thoracentèse qu'il avait pratiqués, cette opération, autrefois réservée à des cas exceptionnels, est devenue d'une application presque vulgaire.

Cependant, malgré son innocuité dans la majorité des cas, malgré la facilité de son exécution, malgré les succès dont elle peut s'enorgueillir et ceux que l'avenir lui promet, elle n'a pas encore marqué entièrement la place qu'elle doit occuper dans la thérapeutique des épanchements de poitrine, et les observations particulières ont encore chance d'arriver en temps utile pour contribuer à régler ses attributions. C'est ce qui me décide à publier les cas peu nombreux qui ont eu lieu dans mon service de l'hôpital Beaujon. J'aurais pu, sans doute, en augmenter le nombre, si je ne m'étais fait une loi de la pratiquer seulement dans les cas où elle était manifestement nécessaire ou utile.

Ces faits sont au nombre de trois :

Dans l'un, il s'agit d'un empyème, terminé par la mort;

Dans l'autre, d'une hydro-pleurie manifestement amendée par la thoracentèse;

Dans le troisième, d'une hydro-pleurie symptomatique, simplement palliée par trois opérations successives.

Obs. I. *Empyème. — Thoracentèse. — Amélioration momentanée. — Mort.* — Le nommé Curtot (Jean-Alphonse), âgé de trente-cinq ans, employé à l'octroi, entre à l'hôpital Beaujon le 31 décembre 1850. Il est d'une constitution assez robuste, et habituellement bien portant.

Le 24 décembre, six jours auparavant, il aurait fait une chute dans un escalier, de la hauteur de dix marches; le col et le côté gauche de la poitrine auraient plus spécialement porté. Sa mère prétend qu'il n'y a pas eu de chute, mais un coup violent porté sur la poitrine.

Le lendemain, survient une douleur au côté gauche, qui est combattue par deux applications de sangsues, un vésicatoire, et des sinapismes sur la poitrine, sans soulagement; la fièvre, la dyspnée vont croissant.

Lors de l'entrée du malade nous constatons, malgré une constitution d'assez forte apparence, une déviation à droite de la colonne dorsale, d'où résulte un bombement de l'épaule et du côté droit; une incurvation du côté gauche, avec affaissement de l'épaule.

Une résonance et une respiration pure à droite.

A gauche, matité dans les trois quarts inférieurs, sonorité exagérée dans le quart supérieur, *en avant comme en arrière*, avec absence de bruit respiratoire.

Broncho-égophonie vers la racine des bronches gauches, phénomène qui disparaît les jours suivants; dyspnée.

Matité de la région précordiale étendue de la troisième à la septième côte, et se propageant jusque sous les cartilages costaux du côté droit. Battements du cœur sourds et profonds, précipités; pouls très-petit et fréquent; face un peu cyanosée.

Le tartre stibié à dose éméto-cathartique, des vésicatoires sur le côté, n'apportent aucune modification favorable.

Le huitième jour, la dyspnée est extrême; le malade ne peut respirer qu'assis sur le bord de son lit; il est en proie à une anxiété inexprimable. La face est cyanosée; sueurs froides; pouls presque imperceptible; battements du cœur reportés vers la mamelle droite, et la matité précordiale étendue de ce côté. Mêmes phénomènes de percussion et d'auscultation. Malgré une augmentation probable de l'épanchement, le côté conserve l'incurvation particulière à la déformation thoracique.

En présence de ces accidents, il n'y avait plus à hésiter pour pratiquer la thoracentèse. M. Sandras, qui vit le malade avec moi, fut aussi de cet avis; l'opération fut donc pratiquée immédiatement, suivant le procédé de M. Trousseau, et avec toutes les précautions exigées pour empêcher la pénétration de l'air dans la poitrine. Elle offrit quelques particularités qu'il est bon de noter.

La peau et les tissus sous-jacents, épaissis et infiltrés par les vésicatoires appliqués sur le côté, furent difficiles à déplacer; et l'on ne put faire remonter complétement la petite piqûre, faite à la peau par la lancette, au niveau de l'espace intercostal. J'ai dû, d'après cela, diri-

ger la pointe du trocart en haut, pour la rendre ensuite perpendiculaire, au moment où elle toucha cet espace.

En retirant le trocart de sa canule, le liquide ne coula pas immédiatement, bien que, d'après la sensation éprouvée, il fût éviden qu'il avait pénétré dans une cavité. Un léger mouvement de rotation imprimé à la canule en l'enfonçant un peu, est suivi d'un écoulement de pus.

La courbure du côté, l'épaississement des parties molles n'ont pas permis de bien préciser l'espace intercostal destiné à être traversé par l'instrument.

Le liquide purulent, d'aspect laiteux, est d'une fétidité insupportable; nous en extrayons environ 500 grammes, après quoi il cesse de couler, malgré diverses inclinaisons données à la canule.

Pas d'accès de toux pendant l'opération.

L'extrémité de la canule qui a pénétré dans la poitrine est fortement noircie.

Après l'opération, respiration plus libre, plus large, moins fréquente; le pouls se relève. Râle sibilant profond dans toute la hauteur du côté; persistance de la matité dans les deux tiers inférieurs.

Le soir, retour de l'orthopnée.

Le 9 janvier, lendemain de l'opération, peu d'amélioration; anxiété, orthopnée, pouls petit, très-fréquent, même état des phénomènes de percussion; léger affaissement sous-claviculaire; léger bruit respiratoire dans le tiers supérieur; le cœur est toujours déplacé. Cette circonstance, jointe à la persistance de la matité, au peu de liquide extrait par l'opération, me laisse penser qu'il pourrait bien y avoir un épanchement entre le poumon et le médiastin.

Le soir, aggravation de la dyspnée, râle trachéal; mort le 10 à deux heures et demie du soir, deux jours après l'opération, dix-huit jours après la contusion qui a causé la pleurésie.

*Autopsie.* Péricarde un peu refoulé à droite, ne contenant qu'un peu de sérosité, sans traces d'inflammation; état sain du poumon droit; plèvre gauche remplie par un liquide purulent en tout semblable à celui qu'a fourni l'opération.

Le poumon, refoulé contre la colonne vertébrale, se présente sous forme d'un cylindre, dont la base, élargie, adhère au pourtour de la paroi de la cavité thoracique, qu'elle divise en deux compartiments; l'un, supérieur, est rempli de pus; l'autre, inférieur, à peu près vide de pus, est interposé entre le diaphragme et la base du poumon. C'est dans ce dernier que vient aboutir l'ouverture faite par le trocart, entre la huitième et la neuvième côte, à 2 centimètres environ du diaphragme.

Le tissu pulmonaire est, d'ailleurs, complètement vide d'air, n'offre aucune trace de rupture, d'inflammation ou de gangrène.

La plèvre a un aspect villeux; pas de traces de fracture de côte.

Ce fait m'a suggéré les réflexions suivantes :

1° Une étiologie traumatique a donné lieu à un empyème. Un simple refroidissement n'aurait produit probablement qu'un hydrothorax.

2° L'affaissement et l'incurvation du côté gauche, siége de l'épanchement, aurait pu en imposer pour un effet d'une résorption avancée. Mais l'état récent de la maladie, la gravité croissante des symptômes ne permettaient guère de s'arrêter à cette pensée ; et la déviation vertébrale donnait suffisamment l'explication du phénomène.

3° La sonorité tympanique du sommet de la poitrine gauche nous parut être ce phénomène signalé par M. Skoda, et sur lequel M. Roger a appelé l'attention, en ajoutant aux observations de l'auteur allemand les résultats curieux de ses expériences.

4° La décomposition du pus, dans une cavité fermée de toutes parts, est un fait, ici, évident. Il détruirait l'opinion que la décomposition du pus ne peut avoir lieu sans le contact de l'air, si, d'ailleurs, le pus qui se forme au voisinage des orifices muqueux n'exhalait le plus ordinairement une odeur infecte, au moment où une opération l'extrait de son foyer, jusque-là séparé de l'air extérieur.

5° Le défaut d'écoulement de liquide à travers la canule, au moment où le trocart est retiré, peut s'expliquer par l'obstruction de l'orifice de cette canule par une fausse membrane, ou par une lame du poumon. Quelques mouvements ont suffi pour la dégager et amener l'écoulement du liquide. On conçoit qu'ici, en raison des adhérences de la base du poumon, la pointe de l'instrument pouvait pénétrer dans cet organe, si elle avait traversé l'espace intercostal supérieur.

C'est une circonstance qui pourrait se présenter. Que faire alors ? à mon avis, retirer la canule et recommencer la ponction plus haut ou plus bas, après avoir procédé à un nouvel examen de la poitrine.

A-t-on à craindre la lésion du diaphragme ? Cela n'est pas probable, car le diaphragme est refoulé en bas par l'épanchement, de sorte que l'on pratiquerait sans inconvénient la ponction dans le troisième espace intercostal, s'il y avait nécessité.

6° Les apparences de râles et de bruit respiratoire que nous avons entendus après l'opération, ont-ils été une erreur de nos sens ? Plusieurs personnes exercées à l'auscultation les ont constatées comme nous ; de sorte que je suis disposé à les rapporter à une transmission, à travers l'épanchement, des bruits du côté opposé.

7° Après l'amélioration, momentanée, il est vrai, produite par la ponction, n'aurait-on pas dû en pratiquer une seconde, dès le lendemain ?

La nature du liquide épanché, la gravité des symptômes, qui reprit immédiatement sa marche croissante ; le siége présumé de l'épanche-

ment entre le poumon et le médiastin ; les *apparences du bruit respiratoire*, que je signale pour qu'on ne s'en laisse pas imposer par ce phénomène, quand il n'est pas parfaitement distinct ; ces apparences, dis-je, jointes aux raisons précédentes, m'ont empêché de recourir à une seconde opération, qui n'aurait probablement pas été plus fructueuse que la première, eussions-nous atteint le foyer supérieur, sans tomber au milieu des adhérences pulmonaires : en pareil cas, cependant, je n'hésiterais plus, et je pratiquerais immédiatement l'empyème, en débridant la plaie faite par le trocart, de manière à fournir au pus une issue large et facile, et à permettre des injections dans la cavité pleurale; le cas de guérison d'empyème récemment publié par M. Marotte prouve qu'il n'y a point à désespérer complétement, quand le trocart amène du pus au lieu de sérosité.

Obs. II. *Epanchement thoracique gauche, thoracentèse; guérison.* — Marguerite P..., âgée de vingt ans, est entrée à l'hôpital Beaujon le 6 février 1852, salle Sainte-Monique, n° 312. Elle est pâle, lymphatique, a été traitée à plusieurs reprises depuis cinq à six ans pour les pâles couleurs; elle est réglée depuis deux ans.

Après avoir été exposée pendant une semaine à des courants d'air, elle a été prise, il y a huit jours, de frissons, de douleur à la base du thorax, plus forte à droite qu'à gauche. Le lendemain, toux sans expectoration; oppression ; nécessité fréquente de s'asseoir pour respirer ; impossibilité de dormir autrement que couchée sur le côté gauche. Soif, inappétence. Cependant elle peut encore aller et venir, et un amendement semble s'établir dans les symptômes.

Le huitième jour, frisson violent, battements du cœur ; dyspnée plus marquée. Elle est obligée de s'aliter, et se fait transporter à l'hôpital.

Durant les quatre premiers jours, voici ce que l'on observe : face pâle, teinte violacée des lèvres; dyspnée croissante; bientôt orthopnée permanente, avec flexion du tronc en avant, le front ou le menton appuyé sur les genoux; respiration fréquente, pénible, courte, saccadée; voix faible, toux fréquente, quinteuse ; expuition de quelques crachats mousseux ; douleur de côté peu vive ; sentiment d'oppression épigastrique, augmentant par la pression; pouls petit, très-fréquent; moiteur générale froide et visqueuse, soif modérée, anorexie, diarrhée; ventre tendu, surtout à l'épigastre, sonore partout; base du thorax élargie.

*Matité absolue de haut en bas, de tout le côté gauche*, dont les espaces intercostaux sont manifestement élargis. Absence de vibration. Latéralement et près de l'aisselle, la percussion donne un son stomacal.

En avant, aucun bruit inspiratoire ; expiration soufflante ; égophonie près du mamelon. En arrière, absence de bruit respiratoire dans la moitié inférieure ; souffle bronchique et égophonie dans la moitié supérieure.

Les battements du cœur sont portés à droite du sternum, ils sont profonds ; la matité précordiale atteint presque le mamelon droit.

La respiration se fait du côté droit.

Les vomitifs, les purgatifs, les vésicatoires ayant été inutilement employés pendant quatre jours, et la suffocation paraissant imminente, je crus que la thoracentèse était le seul moyen de salut.

Elle fut pratiquée à l'aide d'un trocart, convenablement garni de baudruche mouillée, qui, après l'enlèvement du stylet, fournissait une gaîne longue de dix à douze centimètres, formée de deux à trois doubles, à travers laquelle le liquide s'écoula ; pendant les inspirations, ses parois s'affaissaient et arrivaient au contact, de manière à opposer à l'introduction de l'air une barrière infranchissable.

La ponction fut faite dans le sixième espace intercostal, par simple ponction, et sans incision préalable de la peau.

L'écoulement du liquide s'opéra facilement ; j'en suspendais de temps en temps le cours, pour ne pas opérer une déplétion trop prompte, en comprimant le tube de baudruche entre les doigts.

Un litre de liquide s'écoula sans que la malade ressentît d'autre gêne que celle d'une même position trop longtemps gardée. Mais bientôt la respiration devint irrégulière, et une toux incessante se montra et persista jusqu'à la fin de l'opération, qui dura vingt-cinq minutes. Quelques efforts d'expectoration n'amenèrent qu'un peu de mousse. Le pouls resta petit et fréquent ; la peau se refroidit sensiblement.

La canule fut retirée avec soin ; la piqûre fut couverte de sparadrap, de manière à empêcher l'air d'arriver dans la poitrine.

La quantité de liquide retirée était de trois litres. Il était transparent et citrin ; les premières portions se coagulèrent spontanément en gelée, dans l'espace de sept à huit minutes. Nous n'avons pas cru devoir vider complétement le côté.

La toux continue et augmente même dans la journée ; mais la respiration est plus facile, l'orthopnée a cessé. Pouls plus large ; moiteur ; pas de battements de cœur.

Le lendemain, respiration beaucoup plus facile.

Son stomacal sous la clavicule.

Matité dans les autres parties du côté gauche, mais le côté est notablement moins bombé.

En avant, bruit inspiratoire soufflé, légèrement vésiculaire; expiration soufflante, à timbre clair; bronchophonie éclatante.

En arrière, dans le tiers supérieur, râle sibilant dans l'inspiration; expiration soufflante. Au tiers moyen, gros râles secs, sibilants et sous-crépitants; expiration soufflante, bronchophonie criarde. Au tiers inférieur, absence de tout bruit respiratoire ; boissons nitrées.

Le surlendemain, l'amélioration fait de notables progrès ; la cyanose a disparu. La malade peut rester couchée et dormir sur le dos; peu de toux. Le côté s'affaisse en avant; même son sous la clavicule, et expansion pulmonaire sensible en ce point ; souffle bronchique plus bas. En arrière, un peu de son supérieurement ; souffle bronchique à l'angle de l'omoplate, chevrotement ; râles humides au-dessus et au-dessous.

Le cœur reprend graduellement sa place. Sueurs abondantes, favorisées par des serviettes chaudes.

Il nous paraît inutile de suivre jour par jour les phases de la résorption du liquide qui restait ou s'était reproduit dans la poitrine. Nous dirons seulement que l'amélioration a été croissante, la respiration gagnant en avant, de haut en bas, ainsi qu'en arrière, mais un peu moins rapidement de ce côté.

Le 22, douze jours après l'opération, la malade peut se coucher sur le côté droit. La respiration s'entend partout en avant ; en arrière, elle descend presque jusqu'en bas, où la voix est légèrement égophonique ; sueurs moins abondantes, urines assez rares. (Deux port. d'alim. ; vin blanc.)

Le 25, le côté gauche paraît s'incurver ; constipation, langue blanche. (Potion vomitive avec l'émétique et l'ipéca.)

Le 12 mars, la malade se lève depuis six jours, respire librement, dort bien dans la position horizontale ordinaire. Le son stomacal a disparu. Frottement à la région précordiale ; frottements çà et là, en arrière; la respiration descend jusqu'en bas, où, cependant, elle reste faible. Pas d'égophonie : toux rare, sans expectoration. Les règles ont reparu, la santé paraît bien rétablie. La malade sort le 15 mars.

Elle entre quelques mois après à l'hôpital, dans un état d'anémie assez prononcée, ayant une tuméfaction, avec fluctuation et matité à la partie inférieure du ventre. Ces phénomènes se déplacent en faisant changer la malade de côté. Un régime tonique, des purgatifs et des ferrugineux ont amené une guérison rapide.

La respiration était restée assez faible dans le côté gauche, surtout en arrière et en bas; ce côté était sensiblement incurvé. Mais il n'y avait plus trace d'épanchement, et il n'y avait aucune dyspnée.

L'opération n'était pas moins nécessaire dans ce cas que dans le précédent ; sans elle, la malade eût évidemment suffoqué.

Je me suis demandé souvent, dans les premiers temps qui ont suivi la ponction, s'il n'y aurait pas eu avantage à répéter l'opération. Mais j'ai toujours été arrêté par cette double considération qu'elle n'était plus nécessaire ; et qu'en apportant du soulagement, elle ne donne pas la guérison ; qu'elle place seulement le malade dans des conditions plus favorables à celle-ci, dont l'achèvement est réservé à la thérapeutique générale.

Obs. III. *Epanchement pleurétique ; trois ponctions successives, suivies de soulagement.* — Une femme de quarante-cinq ans, cachectique, m'a été adressée à l'hôpital Beaujon par mon confrère et ami le docteur Letalenet ; elle était dans un état de maigreur et de faiblesse extrêmes ; elle toussait depuis longtemps, et avait probablement des tubercules au premier degré. En outre, elle avait dans le côté droit un épanchement considérable, et semblait menacée de suffocation.

En présence de ces accidents, et malgré l'incurabilité probable de l'affection tuberculeuse, je crus devoir pratiquer la thoracentèse.

Une première fois, je tirai environ deux litres de liquide légèrement rougeâtre. Un soulagement immédiat suivit cette opération, et pendant plusieurs jours cette malheureuse put respirer assez librement et se livrer au sommeil. Mais l'épanchement ayant reparu, les accidents s'aggravèrent de nouveau, et la malade sollicita elle-même une ponction nouvelle, qui fut faite dix jours après la première. Cette fois, le liquide était plus coloré. Une troisième ponction eut lieu dix jours encore après cette dernière, elle fournit un liquide très-foncé. Chaque fois il y eut un soulagement marqué.

La malade sortit de l'hôpital le lendemain de la troisième ponction, qu'elle avait encore demandée, et se fit conduire en province, dans sa famille, sans que nous ayons rien appris sur l'issue de sa maladie.

L'opération, dans ce cas, n'a été que palliative, elle n'en était pas moins commandée par l'urgence des accidents ; c'était une opération de nécessité, qui a eu pour résultat un soulagement notable : la prolongation de l'existence.

Je n'ajouterai pas un long commentaire à ces trois observations.

La première nous offre un cas d'adhérence du poumon vers la partie moyenne de la paroi costale, et la division en deux compartiments distincts de la cavité gauche de la poitrine.

La possibilité de leur existence dans d'autres cas d'épanchements pleuraux doit appeler l'attention de l'opérateur. Les circonstances

commémoratives, une disposition anormale des symptômes de l'épanchement, pourront mettre sur la voie de cette complication.

Tel est le cas d'une nourrice, actuellement en convalescence d'une pleurésie, dans mon service de l'hôpital Beaujon, et pour laquelle j'ai craint, un instant, d'être obligé de recourir à l'opération. Chez elle la voussure et la matité étaient surtout prononcées en avant, depuis la clavicule jusqu'à la partie inférieure. Là, aussi, il y avait absence de respiration, tandis qu'en arrière et latéralement, la matité était bien complète, mais il y avait du souffle sans égophonie manifeste; et la dilatation du côté y était bien moins marquée qu'antérieurement. Cette distribution des phénomènes, en sens inverse de ce qui a lieu dans la plupart des épanchements pleurétiques, n'indiquait-elle pas des adhérences circonscrivant et limitant un épanchement antérieur? J'ajoute que la résolution s'est opérée en arrière, de haut en bas, puis en avant; en même temps que le côté se rétractait et s'incurvait, et que le cœur, déjeté à droite, rentrait dans son siége habituel.

Quoi qu'il en soit, la possibilité d'adhérences costo-pulmonaires doit être prise en considération dans l'opération de la thoracentèse.

Ajoutons, comme signe possible de cette complication, un son *tympanique*, qui, suivant M. Roger, interprète de Skoda, se manifesterait au niveau de ces adhérences.

La seconde observation est un cas d'opération bien simple; l'opération a eu pour résultat un soulagement immédiat, et la cessation de la suffocation; elle a empêché l'asphyxie, en plaçant la malade dans des conditions favorables à la résolution de l'épanchement pleural.

Enfin, chez la troisième, l'opération n'a eu qu'un but, celui de soulager et de prolonger l'existence; ce but a été atteint.

Si maintenant j'avais à formuler les indications de la thoracentèse, je les résumerais dans les propositions suivantes :

1° Elle est *commandée*, elle est de *nécessité* dans les cas d'épanchements qui menacent le malade de suffocation, qu'elle doive être curative ou simplement palliative. Quelle que soit la nature du liquide épanché, soulager d'abord, aviser ensuite.

2° Elle est *utile*, *opportune*, dans les cas d'épanchements considérables, qui cependant ne déterminent pas d'accidents graves, de dyspnée extrême, mais qui résistent longtemps aux moyens thérapeutiques généraux, et surtout quand la nutrition souffre de cet état de choses.

3° Elle est inutile, inopportune, je dirais presque blâmable, dans les épanchements peu considérables, aigus, et dont on obtient d'ordinaire la prompte résorption par la thérapeutique médicale. J'ajouterai qu'un

épanchement aigu, récent, même assez considérable pour produire une dyspnée sérieuse, ne doit pas être abordé par l'opération, à moins de *nécessité*, avant d'avoir été attaqué médicalement ; car, souvent, un épanchement de cette nature se modifie rapidement sous l'influence d'évacuants énergiques, de larges vésicatoires. C'est le cas de la femme dont il vient d'être question.

Il faut, du reste, pour juger de la nécessité et de l'opportunité de l'opération, beaucoup de circonspection. Mais, en ce cas, je préférerais un peu de hardiesse à une timidité exagérée. Mieux vaut pratiquer une opération inutile, que livrer pendant trop longtemps un malade aux chances de l'asphyxie.

4° Combien de fois doit-on la pratiquer sur un même malade ?

Aussi souvent que la *nécessité* l'exige.

Mais quand, après une première ponction, le soulagement persiste, que l'épanchement n'augmente pas sensiblement, qu'il survient des évacuations exonératives, on doit s'en tenir là ; l'opérateur a placé le malade dans des conditions favorables à la guérison. C'est à la thérapeutique médicale qu'il appartient de diriger, d'activer les efforts médicateurs de l'organisme.

LEGROUX.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

### COUP D'ŒIL SUR LA VALEUR DE L'ÉLECTRICITÉ DANS LE TRAITEMENT DES PARALYSIES DE CAUSE TRAUMATIQUE.

(Suite et fin).

*Paralysie par lésion traumatique du tissu musculaire.* — Nous avons exposé rapidement, dans notre dernier article (1), l'influence que les lésions des troncs nerveux exercent sur les propriétés vitales des muscles. C'est un point dont les physiologistes modernes se sont beaucoup occupés. Leurs expériences ont démontré que, dans ces cas, non-seulement l'irritabilité était atteinte, comme la contractilité, mais encore que tous les muscles animés par les ramifications du nerf lésé ne tardaient pas à être affectés même dans leur nutrition. Les exemples les moins contestables de ces résultats des lésions traumatiques des troncs nerveux nous ont été fournis par les faits pathologiques observés sur l'homme, c'est encore à la même source qu'il faut aller puiser les exemples nécessaires à la discussion des paralysies traumatiques par lésion du tissu musculaire.

(1) Voir la livraison du 15 octobre, p. 299.

Bien que les muscles ne soient que les agents des mouvements que les centres et les cordons nerveux leur transmettent, l'état d'intégrité de leur tissu n'en est pas moins indispensable à l'accomplissement de leur fonction. Aussi la contusion, la compression, la distension des muscles peuvent-elles déterminer leur paralysie ; le fait est irrécusable.

Mais l'abolition de la contractilité volontaire présente-t-elle, dans ces cas, les deux périodes de la paralysie que nous avons posées tout d'abord au début de notre travail ? Nous allons discuter cette proposition de physiologie pathologique. Cette étude n'a pas un intérêt purement scientifique, elle a une portée pratique ; car, si la paralysie n'est pas, dans ces cas, un phénomène isolé de la lésion musculaire elle-même, elle ne nécessite point l'intervention d'une médication curative différente de celle que réclame l'altération subie par le tissu du muscle. Or, des faits nombreux viennent vous montrer que souvent, à la suite de contusions intenses ou de la compression prolongée d'un membre, les muscles ne recouvrent pas leurs mouvements volontaires, bien que le temps écoulé et les soins donnés permettent de supposer que les effets du traumatisme musculaire ont disparu. Interrogeons les faits à cet égard.

*Paralysie par compression des muscles.* — On pourrait rapporter probablement à cette espèce de paralysie les quelques exemples de membres fracturés, restés paralysés à la suite d'un séjour dans un appareil trop serré. Ces faits ne sont pas les seuls. Les éboulements de terrain, si fréquents pendant la construction des chemins de fer, sont venus nous fournir quelques exemples qui ont pu être étudiés avec soin. La cause est trop évidente, dans ce cas, pour que l'étiologie puisse être mise en doute ; il reste seulement dans ces faits à apprécier la part qui doit être faite à la lésion traumatique des troncs nerveux, et celle qu'on peut rapporter à la contusion du tissu musculaire lui-même. Pour cela, nous devons rappeler le résultat de quelques études électro-physiologiques qui ressortent des observations que nous avons citées dans notre dernier article. Nous avons insisté sur ce point que, lorsqu'on soumet à l'action d'un courant électrique un muscle paralysé par suite de la lésion traumatique du nerf qui l'anime, ce muscle ne réagit pas sous l'influence de l'incitation électrique ; tandis que, ainsi que nous allons le voir, le muscle dont la paralysie est due à la compression prolongée de sa fibre charnue se contracte toujours dès qu'il est soumis à l'action d'un courant électrique.

Voici deux exemples qu'il m'a été donné d'observer à ce point de vue.

**Obs.** *Paralysie, par compression, du membre inférieur gauche, traitée par l'électrisation localisée.* —Youme (Jean), quarante-un ans, terrassier, entre, le 29 juillet 1851, salle Saint-Jean, n° 50, à l'hôpital Necker, service de M. Aran. Cet homme, d'une forte et robuste constitution, raconte qu'en travaillant à des travaux de terrassement, six mois auparavant, il fut pris sous un éboulement de terre qui porta sur les membres inférieurs, et principalement sur le membre gauche. Il fut renversé la face contre terre, et c'est sur la partie postérieure des membres que porta l'éboulement. Quand on vint le dégager, il s'aperçut qu'il lui était impossible de s'appuyer sur le membre inférieur gauche sans crainte de tomber, le membre fléchissait aussi sous lui. Malgré les traitements nombreux qui avaient été employés, cet homme n'avait éprouvé aucune amélioration dans l'état de sa paralysie, il était même porteur d'un certificat d'incurabilité. Jamais il n'avait eu de douleurs dans les lombes, ni de difficulté dans les garde-robes, ni de troubles dans l'émission des urines.

A son entrée à l'hôpital, M. Aran constate que le membre inférieur gauche est notablement moins volumineux que l'autre, sa température est moins élevée, la sensibilité est intacte; quant à la contractilité volontaire, elle est fortement atteinte, le malade ne peut détacher la jambe de son lit; les muscles ont conservé leur consistance normale; tous se contractent également sous l'influence de l'excitation électrique. Le malade éprouve cependant une légère douleur lorsqu'on presse sur le trajet du nerf sciatique gauche.

Le 1er août, l'électrisation fut appliquée par la méthode localisée. A la troisième séance, la douleur avait complétement cessé sur le trajet du nerf sciatique, le membre était plus chaud et plus fort; l'électrisation fut répétée chaque jour. Le 18 août, il commença à appuyer le pied par terre, tout en se soutenant avec une béquille; le 1er septembre, il put échanger celle-ci contre une canne; le 25 il pouvait marcher sans appui, mais seulement pendant peu de temps. A la fin d'octobre, il quittait l'hôpital, pouvant marcher sans canne sur un plan uni, mais forcé de prendre un appui lorsqu'il devait marcher longtemps sur un terrain raboteux. Il avait été soumis, par M. Aran, à environ cinquante ou soixante séances d'électrisation.

Dans ce fait de paralysie, il peut paraître difficile d'établir si l'abolition de la contractilité volontaire n'est pas plutôt le fait de la contusion du nerf sciatique que le résultat de la compression des muscles eux-mêmes. Aux données électro-pathologiques que nous avons citées tout à l'heure, nous ajouterons le fait de la paralysie des muscles animés par le nerf crural. Celui-ci n'avait pas subi l'action directe de l'éboulement; il n'était pas sensible à la pression, et cependant les muscles extenseurs de la cuisse étaient paralysés comme les fléchisseurs. Nous pouvons ajouter encore l'absence de douleur dans les branches du nerf sciatique; on sait que par l'irritation d'un tronc nerveux, la douleur se distribue dans tout son trajet, ce qui n'avait point lieu dans ce cas. Ces considérations nous portent à ranger ce cas parmi les paralysies par compression des muscles mêmes.

Toutefois, si cet exemple n'a pas, au point de vue du problème pathologique, la portée que nous sommes tentés de lui donner, il n'en conserve pas moins sa valeur au point de vue du traitement.

Voici le second exemple :

Obs. *Paralysie, par compression, du membre supérieur* ; *guérison par l'électrisation localisée.* — Le nommé X., employé au chemin de fer de Strasbourg, entre salle Sainte-Vierge, n° 42, service de M. Velpeau, dans les derniers jours de janvier 1848. Cet homme raconte qu'en traversant une tranchée, un mois auparavant, il fut surpris par un éboulement de terre considérable, qui porta principalement sur le membre supérieur gauche. Lorsqu'on l'eut dégagé, il ressentit de la douleur dans toute l'étendue du membre et dans la région de l'épaule du même côté. Plusieurs bains généraux, puis des bains de vapeur et des liniments laudanisés et ammoniacaux ont été employés sans aucun résultat favorable pour le malade.

Le 13 février, M. Velpeau engage M. Duchenne à essayer l'emploi de l'électricité. Voici l'état dans lequel se trouvait le malade : il ne peut écarter le bras gauche du tronc, ni le porter en avant ou en arrière, ni lui imprimer des mouvements de rotation, ni porter la main derrière le dos ou sur la tête. La flexion et l'extension de l'avant-bras, la pronation ou la supination de la main, l'extension et la flexion des doigts sont limitées ; enfin, l'écartement des doigts et les mouvements du pouce sont nuls. Le malade se plaint de douleurs qui irradient dans tout le membre, douleurs qui s'exaspèrent le soir et l'empêchent de dormir.

L'excitation électro-cutanée, pratiquée sur tout le membre malade, fait disparaître immédiatement la douleur, qui n'a plus reparu depuis. Puis, les muscles sont successivement électrisés, à l'exception de ceux qui meuvent les doigts et le pouce. M. Duchenne constate alors qu'ils possèdent leur contractilité électrique normale.

Le 14, le malade meut le bras en tous sens avec une extrême facilité ; il l'élève verticalement, porte la main à la tête ou derrière le dos, exécute des mouvements de pronation et de supination ; mais les mouvements de flexion et d'extension des doigts n'ont rien gagné. Les muscles qui exécutent ces derniers mouvements sont électrisés à leur tour ; ils reprennent immédiatement, comme les muscles du bras et de l'épaule, leurs mouvements volontaires.

Le 15, le malade écarte et rapproche faiblement les doigts.

Le traitement ayant été suspendu jusqu'au 22, le malade a perdu quelques-uns des mouvements qu'il avait gagnés. A dater de cette dernière époque, les applications de l'électricité furent pratiquées régulièrement, et, quinze jours après, le malade quittait l'hôpital à peu près guéri ; sa guérison fut complétée par quelques électrisations que M. Duchenne lui fit après sa sortie.

Dans ce cas, encore une compression des expansions nerveuses périphériques et du tissu musculaire, plutôt que la lésion traumatique du tronc nerveux ; du moins, nous le croyons. Seulement, comme ces faits n'ont point été étudiés spécialement au point de vue que nous émettons, nous devons nous borner à poser notre proposition.

Une remarque importante doit être faite : nous avons vu que le

traitement avait été interrompu pendant sept jours, du 15 au 22. En voici le motif. Le malade avait pris un bain dans l'intervalle de deux séances d'électrisation. Or, M. Velpeau s'était demandé si l'amélioration remarquable qui s'était produite ne devait pas être rapportée plutôt à l'emploi de ce moyen. Les bains furent continués, et nous avons vu que le 22, malgré leur usage, le malade, non-seulement n'avait rien gagné, mais même avait perdu quelques-uns des mouvements qu'il avait gagnés tout d'abord. L'efficacité de l'électrisation ne pouvait plus être mise en doute.

De ces faits, il nous semble résulter que la paralysie des mouvements volontaires ne dépend pas exclusivement des lésions anatomiques du système nerveux, et que, dans certains cas, le phénomène morbide doit être rapporté au traumatisme du tissu musculaire.

C'est dans les faits de distension des fibres musculaires que le phénomène se montre le plus simple. La vessie nous en offre de nombreux exemples.

*Paralysie par distension de la fibre musculaire.* — Nous n'avons qu'à rappeler le cas, consigné par Ambroise Paré, de ce jeune homme qui, voyageant en croupe derrière une femme et n'osant descendre de cheval, retint assez longtemps ses urines pour voir se détruire la contractilité du corps de sa vessie. M. Marjolin citait aussi, dans ses cours, le cas d'un officier qui, admis en audience par son ministre, ne put, au sortir de sa longue conférence, satisfaire au besoin d'uriner qu'il ressentait avant d'y entrer. Joignez à ces exemples les paralysies qui surviennent chez les viveurs, à la suite de libations abondantes, surtout de vin blanc, et nous aurons assez d'exemples de cette espèce de paralysie. N'est-ce point à de semblables affections qu'il faut rapporter les cas cités par François Collot et Sabatier, dans lesquels la vessie a fini par prendre un développement tel, qu'on l'a prise pour une tumeur abdominale, un abcès ? Du reste, le beau travail publié récemment par notre collègue M. Michon, sur l'emploi de l'électricité dans les paralysies de la vessie, nous dispense d'insister sur ces faits (1).

On a nié la paralysie essentielle de la vessie, parce que, dans beaucoup des cas que l'on a rapportés, la destruction de la contractilité de l'organe avait été déterminée par des obstacles apportés au cours de l'urine, par des gonflements de la prostate, des rétrécissements de l'urètre ou certaines tumeurs de l'utérus chez la femme. Nous sommes loin de nier l'existence de ces causes. Cette étiologie ne détruit pas le fait pathologique que nous cherchons à établir, la localisation de la pa-

(1) Voyez *Bulletin de Thérapeutique*, t. XXXIX, p. 348.

ralysie essentielle, exclusivement dans la perte de la contractilité de la fibre musculaire. Il n'y a, en effet, dans ces cas, ni lésion des centres nerveux, ni des nerfs qui se rendent à la vessie : l'influx nerveux arrive jusqu'à la fibre musculaire, mais celle-ci ne peut plus réagir.

Maintenant, qu'on n'exagère pas la portée de ma pensée. De quoi se compose la trame organique dans laquelle nous établissons le siége de la *paralysie essentielle, localisée?* Le microscope n'arrive point, dans son analyse des tissus élémentaires, à séparer les expansions terminales des filets nerveux de la fibre charnue elle-même. Nous ne pouvons nier, par conséquent, que ces expansions nerveuses périphériques subissent, comme la fibre musculaire, l'élongation qui vient provoquer la perte du mouvement volontaire.

Si, au point de vue pathologique, le problème laisse quelque chose à résoudre, ce qu'il nous est permis de constater suffit aux applications de l'art.

Cette localisation de la paralysie montre :

D'une part, que, bien qu'on ait triomphé des lésions premières qui ont provoqué la paralysie, maladies des centres et des cordons nerveux, comme celles du tissu musculaire, la paralysie peut rester comme lésion secondaire, réclamant à son tour une médication différente de celle que réclamait la cause;

D'autre part, que l'affection nouvelle, la paralysie localisée siégeant dans la perte des propriétés de chacune des fibres qui composent le muscle, l'action de l'agent thérapeutique doit être dirigée dans la trame de ces organes, alors seule malade, et qu'elle ne doit épargner aucune de leurs parties.

Les beaux résultats fournis par la méthode d'électrisation de M. Duchenne sont venus nous donner des preuves nombreuses de la vérité de cette proposition. Nous avons choisi de préférence ceux des faits observés dans les services des hôpitaux, afin de fournir des bases plus solides à la discussion (1).

(1) Nous empruntons au procès-verbal de la séance de la Société les remarques suivantes, présentées par M. le professeur Lallemand :

« *M. Lallemand.* Je dirai, à l'appui de l'opinion de M. Debout, que tout récemment j'ai été témoin d'une expérience faite par M. Cl. Bernard, qui démontre nettement que, dans certaines circonstances, le tissu musculaire peut conserver sa contractilité, bien que l'action nerveuse ne soit plus mise en jeu par la galvanisation : sur une grenouille tuée par le *crurare*, l'application de l'électricité sur les filets nerveux ne donnait plus lieu à aucune contraction, tandis qu'elle en provoquait, appliquée directement sur les muscles.

« J'ajouterai, pour témoigner des avantages de l'électrisation localisée

Devant la Société de chirurgie nous nous devions nous borner au pointi de vue pathologique de la question ; c'est, en effet, le seul côté qu prête à la discussion ; car les guérisons nombreuses obtenues par M. Duchenne, dans les services mêmes de la plupart de nos collègues, ne laissaient aucun doute sur la valeur de l'électrisation localisée dans les cas de paralysies de cause traumatique.

Un autre motif nous portait, d'ailleurs, à réserver le côté pratique. Pendant que nous réalisions la promesse que nous avions faite à nos collègues de leur prouver que la thérapeutique ne se trouvait point désarmée en présence de ces sortes de paralysies, la Société de médecine de Gand mettait au concours la question suivante : « Déterminer, par des faits, la valeur de l'électricité dans le traitement des maladies. » Nous engageâmes alors M. Duchenne à répondre à cet appel, en réunissant les nombreuses observations de guérisons de paralysie de cause traumatique qu'il avait traitées dans les hôpitaux. Depuis, le mémoire de M. Duchenne a été couronné et publié par cette Société.

Nous regrettons de trouver dans cet intéressant travail tous les faits de paraysies confondus en une même catégorie. Au point de vue des indications curatives, les cas dans lesquels les muscles ont conservé la faculté de réagir sous l'influence de l'excitation électrique guérissent beaucoup plus rapidement, et par des procédés d'électrisation différents de ceux que réclament les paralysies dans lesquelles, l'irritabilité étant éteinte, les muscles restent immobiles pendant leur électrisation. Que, dans ces derniers cas, le phénomène morbide soit ou non le résultat d'une altération anatomique d'un cordon nerveux, tandis que, dans les autres, il dépend d'une lésion anatomique du tissu musculaire ou d'une lésion dynamique du système nerveux périphérique, cette hypothèse n'influe en rien sur le problème thérapeutique posé par le traitement des paralysies de cause traumatique.

L'expérimentation clinique démontre que, si l'emploi de l'électricité triomphe de ces maladies, les procédés d'électrisation doivent varier suivant les propriétés vitales atteintes.

En parcourant les observations contenues dans le mémoire de M. Duchenne, on voit, en effet, que dans tous les cas où la contractilité électrique (irritabilité musculaire) était anéantie, c'est à l'électrisation

dans les cas de paralysie de la vessie, suite de distension extrême, que j'ai été assez heureux pour guérir un malade qui avait une paralysie de la vessie, consécutive à un rétrécissement de l'urètre. Ce rétrécissement ayant cédé à la dilatation, la paralysie résistait, et elle n'a été vaincue que par la galvanisation. » (*Bulletin de la Société de chirurgie pendant l'année* 1851-1852, p. 607.)

employée avec des intermittences rapides qu'il a eu recours, tandis qu'il a triomphé, avec des intermittences éloignées, des paralysies dans lesquelles la contractilité volontaire était seule atteinte ; c'est-à-dire toutes les fois que les muscles avaient conservé la propriété de se contracter sous l'influence de l'action du courant électrique.

Ainsi, la manière dont le muscle se comporte sous l'influence de l'excitation électrique indique le procédé auquel on devra avoir recours. Le muscle paralysé réagit-il, vous rappellerez le mouvement en faisant agir le courant électrique avec des intermittences éloignées; le muscle reste-t-il immobile, ce sera l'électrisation avec des intermittences rapides que vous devrez employer. Ces déductions sont assez importantes, on le voit, pour être mises en relief. *Quod sufficit ad cognoscendum, sufficit ad curandum.*

Ces deux manières de procéder dans la mise en jeu des courants n'ont pas seulement de l'importance au point de vue des résultats. L'électrisation, avec des intermittences éloignées, ne provoque aucune douleur, tandis que, avec les intermittences rapides, elle offre toujours des effets généraux qui ne peuvent être isolés des effets locaux seuls nécessaires à la guérison de la maladie. Nous avons vu que localement elle provoquait toujours une hyperesthésie musculaire ; c'est à cette exaltation de la sensibilité de la fibre charnue qu'est dû exclusivement le retour de la nutrition du muscle atrophié. L'excitation électrique à courants rapides n'agit pas seulement sur les fibres musculaires, elle stimule en même temps les expansions nerveuses périphériques, et détermine ainsi des sensations douloureuses qui vont, par une sorte d'action réflexe, réagir sur les centres nerveux. Ce mode d'électrisation ne serait donc pas sans danger dans les cas de paralysies consécutives aux maladies du cerveau et de la moelle.

Quoique dans les paralysies dues au traumatisme du tissu musculaire, ces fâcheux résultats ne puissent point se produire, puisque les centres nerveux sont sains, il importe de ne pas provoquer ces sensations pénibles, puisqu'on peut ramener ces mouvements volontaires sans faire souffrir le malade.

L'emploi des intermittences rapides doit être réservé pour le traitement des paralysies consécutives aux lésions traumatiques des cordons nerveux. Ce mode d'électrisation est de toute nécessité dans ces cas ; il est le seul moyen connu qui puisse triompher des phénomènes morbides. L'hyperesthésie musculaire qui se manifeste dans les muscles atrophiés est fort pénible pour les malades ; c'est à cette impression que doivent être rapportées les interruptions du traitement que nous trouvons notées dans les observations de Vambelle et de Musset.

Ce fait montre aux praticiens combien il leur importe de se convaincre de cette action si différente des procédés d'électrisation, et de produire ces phénomènes douloureux, seulement dans les circonstances où ils sont indispensables à la guérison du malade.

L'exaltation de la sensibilité développée par les intermittences rapides n'est pas d'une très-longue durée; elle se manifeste seulement dans les muscles qui doivent guérir, et disparaît progressivement à mesure que leur trame charnue se développe.

M. Duchenne s'est exclusivement préoccupé, dans son travail, de mettre en relief l'action thérapeutique de l'électrisation localisée dans les paralysies dues aux lésions traumatiques des troncs nerveux. Il note tout d'abord cette hyperesthésie musculaire, et fait remarquer que dans les cas où la paralysie s'est montrée rebelle au traitement électrique, cette exaltation de la sensibilité ne s'est pas manifestée. Nous avons noté déjà l'apparition de ce phénomène comme le signal du retour de la nutrition et des mouvements; nous devons maintenant signaler son absence comme un motif de la cessation de tout traitement.

Cette proposition, qui découle de l'observation de M. Duchenne, que nous venons de rappeler, nous aurions désiré la voir formulée et développée par notre confrère ; car, ainsi qu'il le fait observer en parlant de la durée de ces sortes de traitement, il ne faut pas compter sur des guérisons merveilleuses par leur rapidité. Les observations des malades Vambelle et Musset en font foi ; il n'a pas fallu moins de deux années pour triompher de ces paralysies. L'étendue des lésions produites, ainsi que la marche des effets thérapeutiques, expliquent très-bien la lenteur du retour des mouvements dans ces cas, et donnent une grande valeur à chacun des phénomènes qui témoignent de l'action curative de l'électrisation.

On constate, dans toutes les paralysies par lésion traumatique des troncs nerveux, un abaissement considérable de la température. M. Duchenne dit avoir souvent trouvé une différence de cinq à six degrés entre le côté sain et le côté malade. Ce résultat est dû principalement à une circulation capillaire incomplète; les veines cutanées ont le plus souvent disparu, la peau est violacée, elle s'œdématie dès que le membre est exposé au froid. « Un des effets les plus constants et les plus immédiats de l'électrisation localisée, dit M. Duchenne, c'est de faire disparaître ces phénomènes morbides. Il suffit souvent de quelques séances pour ramener la calorification du membre paralysé à son état normal. » Cet effet thérapeutique est le résultat de l'action de l'électricité sur l'innervation de la peau.

L'action des courants électriques sur la nutrition des muscles est plus lente à se produire; la situation plus profonde de ces organes et surtout ce phénomène que la nutrition, comme le mouvement, se manifeste d'autant plus rapidement dans un muscle qu'il est plus voisin des centres nerveux, rendent compte de ce résultat. L'induction pouvait prévoir ce fait; la trame musculaire est soumise à une double influence, l'innervation et l'hématose; or, toutes deux procèdent du centre à la circonférence; ce sont donc les muscles les plus voisins du tronc qui, les premiers, doivent bénéficier de l'action thérapeutique de l'électricité. L'expérimentation est venue prouver à M. Duchenne l'importance de cette donnée, et c'est à l'ignorance de ce fait que nous rapportons la longueur du traitement dans quelques-unes des observations contenues dans le travail de M. Duchenne; celle du malade Vambelle, que nous avons citée, en serait un exemple. Ainsi, dans une paralysie complète du membre supérieur, vous électriseriez inutilement pendant des mois l'avant-bras et la main, si les mouvements ou au moins la nutrition n'avaient pas reparu dans les muscles du bras. Dans la localisation de l'excitation de l'électricité, il faut donc procéder du centre à la circonférence.

Le premier résultat de l'action de l'électricité, qui est de rétablir progressivement la calorification, la circulation et la nutrition, prouve que cet agent exerce d'abord son action sur les propriétés de la vie organique.

Les phénomènes de la vie animale, qui succèdent à ceux de la vie organique, ne sont pas moins dignes d'intérêt par la régularité de leur succession. Ainsi, le retour des mouvements volontaires est toujours précédé de celui de la tonicité musculaire. Pour démontrer cette proposition M. Duchenne cite l'exemple d'une paralysie due à la lésion du nerf radial. Consécutivement à la lésion de ce nerf, les radiaux, les cubitaux et les extenseurs des doigts étant paralysés, la main est entraînée dans la flexion par l'action des muscles antagonistes. Sous l'influence de l'électrisation on voit le poignet se relever et les doigts s'étendre bien avant que le malade puisse faire le moindre mouvement volontaire. Ce retour de l'attitude normale du poignet et des doigts annonce le retour de la tonicité dans les muscles paralysés. Le même phénomène s'observe dans les paralysies de l'avant-bras dues à une impression de froid ou à une intoxication saturnine.

M. Duchenne rappelle ensuite les faits que nous avons cités : d'abord, que l'action thérapeutique de l'électrisation est d'autant plus efficace et plus rapide que le muscle a moins souffert dans sa contractilité électrique (irritabilité); ensuite, que son influence se manifeste d'autant plus ra-

pidement que les muscles sont plus rapprochés des centres nerveux. C'est en effet lors du retour des mouvements volontaires que la marche de ce phénomène est plus sensible. Le malade Vambelle nous en a fourni un exemple ; nous avons fait remarquer que ce furent d'abord les muscles du bras qui recouvrèrent leurs mouvements volontaires, puis ceux de l'avant-bras, enfin ceux de la main.

Parmi les points traités dans les considérations qui terminent le mémoire de M. Duchenne, il en est deux dont nous devons dire un mot ; ce sont celles qui sont relatives à l'époque à laquelle il convient de commencer le traitement des muscles paralysés et au mode d'opération à suivre. L'action de l'électricité est de rétablir la propriété vitale en vertu de laquelle le muscle réagit sous l'influence née de la volonté. Pour que ce résultat puisse avoir lieu, il faut donc que les nerfs lésés livrent de nouveau passage à l'influx nerveux central. Jusqu'à ce que le tissu de ces organes soit rendu à des conditions anatomiques elles qu'elles permettent le retour de l'influence de l'innervation, il semble irrationnel de vouloir tenter les applications électriques. Il n'en serait pas ainsi, d'après M. Duchenne : si l'électrisation ne peut avoir alors pour résultat de rappeler les mouvements, l'excitation artificielle suppléerait jusqu'à un certain point l'influence de l'innervation sur la nutrition du muscle. Notre confrère en puise les preuves dans les bons effets qu'il obtient, dans le traitement des atrophies musculaires progressives, avec l'électrisation localisée.

Dans l'exposé du mode d'électrisation M. Duchenne n'a encore en vue que le traitement des paralysies dues aux lésions traumatiques des troncs nerveux. Il commence par rappeler que l'absence de la contractilité dans un muscle paralysé ne contre-indique pas l'emploi de l'électrisation. « On comprend difficilement, dit-il, qu'un muscle qui ne se contracte pas lorsqu'on le soumet à un courant électrique, puisse recouvrer ses mouvements volontaires sous l'influence thérapeutique de ce même courant. Il faut bien accepter ce fait, qui est parfaitement établi par l'expérimentation. »

Puis il termine en donnant sur le mode d'électrisation des muscles paralysés des renseignements précieux, puisqu'ils sont le résultat d'une longue expérience. Nous traiterons ce point de la question dans un prochain article, tout en examinant les conditions que les appareils électriques doivent présenter pour déterminer des résultats thérapeutiques incontestables.

(*La fin au prochain numéro.*)

## CHIMIE ET PHARMACIE.

Nous complétons aujourd'hui la liste des emprunts que nous avons faits à la Pharmacopée des Etats-Unis, par la publication de quelques formules qui se recommandent pour la plupart, comme les précédentes, à l'attention des médecins par les indications spéciales qu'elles sont appelées à remplir, ou par la spécialité des agents qui leur servent de base.

MIXTURE DE RÉGLISSE COMPOSÉE (*mixture de Brown*).

| | | |
|---|---|---|
| Pr. Réglisse en poudre | 15 | grammes. |
| Gomme arabique en poudre | 15 | grammes. |
| Sucre | 15 | grammes. |
| Teinture camphrée d'opium | 50 | grammes. |
| Vin antimonial | 25 | grammes. |
| Esprit d'éther nitrique | 12 | grammes. |
| Eau | 300 | grammes. |

Mélangez la poudre de réglisse, la gomme arabique et le sucre dans un mortier ; ajoutez peu à peu l'eau et les autres substances. Dose, une cuillerée à bouche toutes les deux ou trois heures.—Dans la bronchite chronique.

PILULES CATHARTIQUES COMPOSÉES.

| | | |
|---|---|---|
| Extrait composé de coloquinte en poudre | 15 | grammes. |
| Extrait de jalap | 12 | grammes. |
| Calomel | 12 | grammes. |
| Gomme-gutte en poudre | 2.50 | |

Mêlez ; faites avec de l'eau une masse que vous diviserez en 180 pilules. — Pilules purgatives très-actives. Dose, de 2 à 4; dans les hydropisies, les maladies du cœur, etc.

POUDRE D'ALOÈS ET DE CANNELLE (*hiera picra*).

| | | |
|---|---|---|
| Pr. Aloès | 374 | grammes. |
| Cannelle | 90 | grammes. |

Réduisez séparément en poudre fine l'aloès et la cannelle; puis mêlez.

Employée comme purgatif stimulant, chez les chlorotiques. Dose, de 0,50 à 1,25.

EXTRAIT LIQUIDE DE SPIGÉLIE ET DE SÉNÉ (*teinture composée*).

| | | |
|---|---|---|
| Spigélie en poudre grossière | 374 | grammes. |
| Séné en poudre grossière | 180 | grammes. |

| | | |
|---|---|---|
| Sucre | 550 | grammes. |
| Carbonate de potasse | 24 | grammes. |
| Huile essentielle de Carvi | 1,50 | |
| — d'anis | 1,50 | |
| Alcool dilué | Q. S. | |

Mêlez la spigélie et le séné avec un litre d'alcool dilué, et après quarante-huit heures de macération, jetez ce mélange dans un appareil à déplacement. Versez peu à peu de l'alcool dilué, jusqu'à ce que vous ayez retiré 1,500 grammes de liquide, que vous faites évaporer au bain-marie, jusqu'à réduction à 500 grammes. On ajoute le carbonate de potasse, et après que le sédiment a été dissous, on ajoute le sucre préalablement trituré avec les huiles essentielles. On dissout enfin le sucre à une douce chaleur.

Bonne préparation vermifuge. Une cuillerée à bouche toutes les deux heures, chez les enfants de un à cinq ans.

INFUSION DE CACHOU COMPOSÉE.

| | | |
|---|---|---|
| Pr. Cachou en poudre | 15 | grammes. |
| Cannelle concassée | 4 | grammes. |
| Eau bouillante | 500 | grammes. |

Faites macérer une heure, en vase clos, et passez. Comme astringent : dose, de 30 à 60 grammes dans une potion appropriée ou en lavement.

TEINTURE DE RHUBARBE ET DE GENTIANE.

| | | |
|---|---|---|
| Pr. Rhubarbe concassée | 60 | grammes. |
| Gentiane en morceaux | 15 | grammes. |
| Alcool dilué | 1,000 | grammes. |

Faites macérer quinze jours ; exprimez et filtrez. On peut aussi préparer cette teinture par le procédé de déplacement. —Tonique, stomachique et légèrement laxative. Dose, de 4 à 8 grammes.

INFUSION DE DIGITALE COMPOSÉE.

| | | |
|---|---|---|
| Pr. Digitale (feuilles de) | 4 | grammes. |
| Eau bouillante | 250 | grammes. |
| Teinture de cannelle | 24 | grammes. |

Faites macérer la digitale dans l'eau, pendant deux heures, en vase clos, et passez; ajoutez la teinture de cannelle. — Diurétique et tonique. Dose, de 15 à 60 grammes, trois fois par jour; dans les maladies du cœur, les hydropisies, etc.

TEINTURE DE SANGUINAIRE.

| | | |
|---|---|---|
| Pr. Sanguinaire en morceaux. . . | 120 | grammes. |
| Alcool dilué. . . . . . . . . | 1,000 | grammes. |

Faites macérer quinze jours; exprimez et filtrez. — On peut aussi la préparer par déplacement.

Dose : de 20 à 30 gouttes, trois fois par jour. — La sanguinaire du Canada jouit d'une grande réputatiom aux Etats-Unis, dans le traitement des affections catarrhales de poitrine.

CÉRAT DE CALAMINE (*cérat de Turner*).

| | | |
|---|---|---|
| Pr. Calamine préparée............ | 125 | grammes. |
| Cire jaune................... | 125 | grammes. |
| Axonge.................... | 374 | grammes. |

Mêlez la cire à l'axonge, et lorsque le mélange, en se refroidissant, commence à s'épaissir, ajoutez la calamine, et remuez continuellement jusqu'à ce que le refroidissement soit complet.

Contre les excoriations, les fissures, les gerçures du sein. C'est une préparation généralement estimée comme moyen siccatif et cicatrisant.

EMPLATRE DE FER (*emplastrum roborans*).

| | | |
|---|---|---|
| Pr. Sous-carbonate de fer.......... | 100 | grammes. |
| Emplâtre ordinaire........... | 748 | grammes. |
| Poix de Bourgogne........... | 187 | grammes. |

Ajoutez le sous-carbonate de fer à l'emplâtre ordinaire et à la poix de Bourgogne, préalablement fondus ensemble; remuez constamment, jusqu'à ce que le mélange épaississe en se refroidissant.

EXTRAIT DE BOIS DE CAMPÊCHE.

| | | |
|---|---|---|
| Pr. Bois de campêche râpé......... | 374 | grammes. |
| Eau...................... | 3785 | grammes. |

Faites bouillir jusqu'à réduction à 1500 gram.; passez la liqueur pendant qu'elle est chaude; faites évaporer jusqu'à consistance convenable.

Dose : de 1 gram. à 1,50 gram.—Recommandé et employé assez largement aux Etats-Unis dans le traitement de la dyssenterie, de la diarrhée, et du choléra des enfants.

TEINTURE DE BENJOIN COMPOSÉE.

| | | |
|---|---|---|
| Pr. Benjoin.................... | 90 | grammes. |
| Storax purifié............... | 60 | grammes. |

Baume de Tolu.............. 30 grammes.
Aloès en poudre............. 15 grammes.
Alcool..................... 1000 grammes.

Laissez macérer pendant quinze jours, et filtrez dans un filtre de papier.

Expectorant stimulant. Dose : de 2 à 8 gram. dans une potion appropriée.

INFUSION DE PRUNIER DE VIRGINIE.

Pr. Ecorce de prunier de Virginie concassée. 15 grammes.
Eau.................. 500 grammes.

Faites macérer 24 heures à froid, et passez.

Le prunier de Virginie doit probablement son activité à la présence de l'acide hydrocyanique que son écorce contient en grande proportion. Très-employé aux Etats-Unis comme moyen palliatif et calmant, dans la phthisie pulmonaire, l'hystérie, les maladies du cœur.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

BONS EFFETS DU PAIN DE SON CONTRE LA CONSTIPATION QUI COMPLIQUE LES MALADIES DE L'UTÉRUS.

Il n'est pas de petits moyens dont la thérapeutique ne puisse profiter, toutes les fois qu'ils répondent à une indication bien déterminée. Ce fait m'engage à vous faire part des résultats de l'emploi du pain de son, dont les bons effets ont été signalés dans plusieurs articles de ce recueil. La constipation est une complication qui vient enrayer trop souvent les effets des médications dirigées contre les maladies de l'utérus, pour que je ne me croie pas obligé de répondre à l'appel fréquent que vous faites aux lecteurs du *Bulletin de Thérapentique*. Le résultat de mon expérience personnelle, à l'égard de la valeur du pain de son contre la constipation, est évident, et je viens joindre mon témoignage à celui des confrères qui ont signalé cette action.

Ce moyen me semble appelé à rendre des services incontestables dans les cas qui reconnaissent principalement pour causes un décubitus prolongé. Un grand nombre de maladies de la matrice réclament un long séjour au lit ; or, le traitement de la plupart de ces affections se trouve enrayé par les effets de la constipation, qui ne tarde pas à se manifester d'une manière souvent très-opiniâtre.

Sans parler des réactions morbides que détermine une fonction non satisfaite, l'accumulation des matières durcies dans l'ampoule rectale

vient agir mécaniquement sur l'organe malade, et non-seulement entrave sa guérison, mais encore aggrave dans beaucoup de cas des lésions dont il est le siége. Cette action, évidente dans les ulcérations du col, l'est encore bien davantage dans les rétroversions de l'utérus; car alors les matières, en s'accumulant au-dessus du fond de l'organe, ont pour résultat, en pressant sur la partie déviée, d'augmenter l'inversion. Ce fâcheux résultat est encore plus prononcé pendant les efforts nécessités par la défécation, et je passe sous silence les douleurs pénibles que les malades subissent.

La constipation devient donc, dans ces circonstances, un véritable élément morbide, dont il faut tout d'abord triompher; c'est un fait dont tous les praticiens sont depuis longtemps convaincus, seulement les moyens qu'ils emploient n'ont pas les résultats qu'ils en attendent. L'emploi des lavements laxatifs prévient bien cette complication pendant quelque temps, mais ils ne tardent pas à amener la sécheresse de la muqueuse et à s'opposer au glissement du bol excrémentitiel, tout en frappant d'inertie la couche musculeuse du rectum. Force est donc de recourir alors aux purgatifs. Agissant sur un autre point du tube intestinal, ils triomphent à leur tour, pendant un certain temps, de la constipation, mais sans parer aux accidents que celle-ci détermine. Les sécrétions fournies par la muqueuse intestinale et l'exagération du mouvement péristaltique viennent, au moment déterminé par leur administration, vider l'ampoule rectale, mais elles ne peuvent prévenir l'action mécanique des matières accumulées ; et celle-ci a exercé son action sur l'organe malade, alors que l'action médicamenteuse se produit. D'ailleurs, cette action elle-même s'épuise comme celle des lavements.

L'indication, dans ces cas de constipation, est donc d'avoir recours à un moyen qui puisse prévenir cette action mécanique des fèces accumulées dans l'ampoule rectale ; or, le pain de son, ainsi que vous l'avez fort bien fait remarquer, non-seulement répond à cette indication, mais, en désagrégeant les matières, en les empêchant de se réunir en fragments d'une densité considérable, permet au mouvement péristaltique de l'intestin d'avoir prise sur la matière excrémentitielle et de la chasser.

Dans dix cas de rétroversion ou de prolapsus utérin, qui ont nécessité le séjour des malades au lit ou sur une chaise longue, l'action du pain de son ne m'a fait défaut qu'une seule fois. J'y ai eu recours encore avec succès dans le cas suivant : Une jeune femme, âgée de vingt-trois ans, avait fait une fausse couche au troisième mois d'une première grossesse. Redevenue enceinte peu de temps après, la crainte

de voir un semblable accident, crainte que les conditions de la santé de cette dame me firent partager, engagèrent sa famille à lui faire garder le lit pendant les quatre premiers mois. Quelques phénomènes provoqués par la constipation ne tardèrent pas à éveiller notre sollicitude ; et ce n'est que par l'usage du pain de son que je pus vaincre la constipation, qui avait résisté à tous les autres moyens.

La constipation liée à un état maladif du foie ou de l'estomac, dans les cas surtout où les matières excrémentitielles sont compactes et noirâtres, sera combattue avec succès par le pain de son. A l'appui de cette proposition, je citerai, entre plusieurs, le fait fort remarquable d'une dame d'Angoulême qui, traitée pendant longtemps d'accidents gastralgiques, s'était condamnée, après avoir employé sans succès un grand nombre de moyens formulés par des praticiens fort recommandables, à prendre chaque matin, depuis une année, un lavement huileux. L'usage journalier du pain de son vint affranchir la malade de cette médication fatigante, et aida puissamment au rétablissement de ses fonctions digestives.

Si le pain de son a des avantages aussi marqués lorsqu'il est pris convenablement et en petite quantité, dans les conditions contraires il peut avoir un résultat opposé ; il amène une perte complète de l'appétit, et provoque un dégoût qui force à en cesser l'usage. Deux fois j'en ai été témoin chez des malades qui, dans l'espoir d'avoir un plus prompt et plus complet soulagement, avaient outrepassé ma prescription.

Le pain de son agissant d'une manière mécanique, l'expérience m'a appris qu'il est préférable de le conseiller au commencement des repas. Huit à dix bouchées suffisent.

Il est très-difficile de se procurer un pain de son bien fait. Après les divers essais tentés par plusieurs boulangers auxquels je me suis adressé, celui qui a été trouvé le plus agréable par les malades, et dont l'effet a été le plus marqué, était préparé en incorporant à la pâte du pain bis une quantité égale en poids de son ordinaire.

Je serai heureux si cette note pouvait engager d'autres confrères à expérimenter ce moyen, et à vérifier ainsi les résultats de cette pratique, qui tend à satisfaire une indication nettement posée dans le traitement de beaucoup de maladies. LABARILLER, D. M.

à Bordeaux.

## BULLETIN DES HOPITAUX.

---

*Remarques sur le procédé opératoire le plus simple et le plus sûr pour pratiquer la thoracentèse.* — Quoique proposée par le père de la médecine, et étayée sur des raisons et des faits qui auraient dû en prévenir le rejet, la thoracentèse est une opération qui, après être restée dans l'oubli pendant des siècles, tend à reconquérir, aujourd'hui, son droit de domicile dans la pratique. L'espace nous manque pour exposer l'historique de la question, et discuter les motifs de son rejet; nous en trouverons peut-être la cause principale dans l'abandon de la discussion de ce point de pratique médicale aux auteurs des traités de médecine opératoire. La thoracentèse est un moyen, plutôt qu'une opération, et, comme telle, dominée exclusivement par la question pathologique.

L'ouverture des parois de la poitrine est-elle un moyen thérapeutique que l'on doive considérer comme une ressource extrême, destinée à être mise en œuvre seulement dans les cas d'épanchements purulents, ou lorsque des symptômes alarmants, la suffocation, par exemple, menacent la vie des malades atteints d'hydrothorax ? ou bien peut-on y avoir recours dans le but de faciliter l'absorption du liquide dans les cas d'épanchements aigus considérables? L'affirmative est acquise sur les deux premiers points de la question, par l'expérience des anciens; reste à l'expérimentation à prononcer sur le dernier. La soustraction artificielle d'une partie du liquide épanché dans une cavité séreuse facilite tellement la résorption, que bon nombre de médecins, haut placés, n'hésitent pas à poser en précepte que, dans tous les cas de pleurésie aiguë, dès que les moyens thérapeutiques ordinaires n'ont pu triompher de l'épanchement, on doit pratiquer la thoracentèse. Cette proposition, qui a trouvé en M. Trousseau un ardent promoteur, est mise à l'étude, et l'expérimentation s'en poursuit en ce moment, dans les hôpitaux de Paris, sur une trop large échelle pour qu'elle n'arrive pas à être promptement jugée. Les faits dont nous avons été témoin nous permettent d'affirmer que la thoracentèse n'offre pas les dangers que les chirurgiens lui avaient attribués.

Quoiqu'un moyen médical au point de vue de l'opportunité de son intervention, la mise en œuvre du manuel opératoire réclame certaines précautions dont la négligence nous semble avoir été le principal motif des mauvais résultats qui, jusqu'ici, ont suivi son emploi. Ainsi, la pensée de l'innocuité de la pénétration de l'air dans la cavité pleurale portait les chirurgiens à pénétrer d'emblée dans le clapier

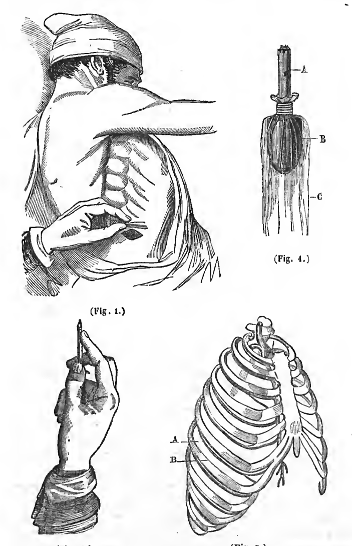
pathologique à l'aide du bistouri, et même à maintenir béante l'ouverture de la plaie par l'introduction d'une mèche ou d'un peu de charpie. Si nous insistons sur cette manière de faire, c'est que ce manuel opératoire semble nous rendre compte de la différence qui existe entre les résultats des tentatives dont nous sommes témoin en ce moment, et ceux qui ont été signalés. Ainsi, M. le professeur Velpeau, dans son Traité de médecine opératoire, dit que dans les douze cas qu'il a opérés ou vu opérer dans les hôpitaux, il n'y a pas eu un seul succès, tandis que sur le même nombre d'opérations auxquelles nous avons assisté en ces derniers temps, nous avons vu huit fois la guérison suivre l'emploi de la thoracentèse.

Cette différence si notable est due, à nos yeux, d'abord au manuel opératoire suivi aujourd'hui, puis à l'époque de la maladie à laquelle la thoracentèse est pratiquée. Cette opération est, aux yeux d'un grand nombre de médecins, un moyen plutôt qu'une ressource. Les modifications dans le procédé ont été inspirées aux médecins par cette pensée que le traumatisme de la lésion physique devait ajouter le moins possible à la lésion vitale subie par la plèvre. Ce résultat nous engage à retracer ici la méthode opératoire suivie, quoiqu'elle ne diffère que sur un seul point de celle tracée dans les traités classiques, à savoir, le soin que l'on prend de prévenir la pénétration de l'air dans la cavité de la séreuse enflammée.

Deux points méritent principalement l'attention des praticiens dans l'opération de la thoracentèse : 1° le lieu d'élection de l'ouverture des parois thoraciques; 2° le choix à faire dans les instruments.

1° Chaque espace intercostal a été successivement choisi par les différents chirurgiens qui se sont occupés de la question. Aujourd'hui, dans les diverses opérations que nous voyons pratiquer dans les hôpitaux, on préfère le septième espace droit ou le huitième gauche. L'étendue de la collection pleurétique et la position verticale que l'on fait prendre au malade, afin de diminuer le sentiment de suffocation qu'il éprouve, refoulent trop fortement le diaphragme pour qu'on puisse craindre de blesser ce muscle et les organes avec lesquels il est en rapport. L'espace intercostal déterminé, reste à fixer le point sur lequel la ponction doit être pratiquée. La figure 2, représentant la cage thoracique, montre les parties à éviter, et en particulier la position des vaisseaux. Tout près du sternum se trouve l'artère mammaire interne, qui fournit les branches intercostales; comme à l'union des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur des côtes, ces vaisseaux se cachent sous le bord inférieur de ces arcs osseux, et se trouvent alors protégés, on choisit ordinairement ce point pour y pratiquer l'incision. Là, d'ail-

leurs, le chirurgien n'a qu'à diviser les téguments et les muscles intercostaux; son incision porte entre les digitations du grand dentelé et celles du grand oblique.




(Fig. 4.)

(Fig. 1.)

(Fig. 3.)

(Fig. 2.)

Lorsque le sujet est maigre, rien de plus facile que de déterminer la position de l'espace intercostal, il suffit de compter les arcs osseux de haut en bas; mais lorsqu'une couche épaisse de tissu cellulaire re-

couvre les côtes, et surtout lorsqu'il est infiltré, il est nécessaire de recourir alors à des moyens artificiels. Le plus simple est celui que signale M. le professeur Velpeau ; il consiste à descendre de six travers de doigt au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. Mais bien rarement l'épaisseur des téguments est assez considérable pour que le toucher ne puisse constater le nombre des saillies costales; d'ailleurs, la détermination précise du huitième espace intercostal n'a pas la valeur que quelques-uns lui prêtent, il est moins dangereux de s'élever un peu plus que de descendre; en faisant incliner le malade, on arrive ainsi à vider complétement la poitrine.

2° Quels sont les instruments nécessaires? Les auteurs énumèrent avec complaisance une foule d'instruments qui ont disparu, avec raison, de la pratique. L'on pourrait se borner à l'emploi du trocart. L'opération en serait beaucoup plus prompte. Il faut se rappeler cependant que la thoracentèse n'est qu'un moyen, de même que la saignée, la bronchotomie, et que tout praticien doit pouvoir la mettre en pratique lorsque l'occasion le réclame. Or, quelque facile que soit la thoracentèse, un médecin qui n'est pas familier avec les opérations éprouvera toujours une certaine crainte lorsqu'il devra plonger un instrument dans la poitrine d'un malade. Dans cette circonstance, il se trouvera mieux de suivre l'exemple de M. Trousseau et de diviser préalablement les téguments avec une lancette (instrument qui effraye moins le malade qu'un bistouri). Les téguments incisés, le trocart n'ayant plus à traverser qu'une couche musculaire peu épaisse, pénètre au sein de l'épanchement, sous l'influence d'une moins forte impulsion.

Le grand point, dans l'opération de la thoracentèse pratiquée dans les cas d'épanchement pleurétique, est d'éviter, nous l'avons dit, l'introduction de l'air dans la cavité séreuse. Nous n'examinerons pas les divers moyens ingénieux proposés surtout en ces dernières années. Il en est un fort simple, dont l'idée première appartient à M. Reybard, c'est l'emploi d'un conduit en baudruche dont ce médecin a donné le conseil d'entourer la canule qui doit être portée à l'intérieur de la cavité thoracique. Dès les premières gouttes de liquide, les parois de ce conduit s'appliquent l'une contre l'autre et forment une sorte de soupape qui, tout en permettant l'issue du liquide, s'oppose à l'entrée de l'air pendant les mouvements d'inspiration, et même pendant ceux provoqués par les quintes de toux auxquelles le malade est toujours en proie pendant l'opération. Aujourd'hui, où l'on pénètre dans la poitrine avec le trocart, la baudruche est fixée autour du pavillon B de la canule de cet instrument A (fig. 4). On prévient, ou mieux, on modère ces quintes en arrêtant l'écoulement du liquide avec un doigt ap-

pliqué sur le pavillon de la canule; puis, lorsque la toux s'est dissipée, on laisse la sérosité pleurale s'écouler de nouveau.

Une modification que nous voudrions voir apporter aux trocarts destinés aux thoracentèses est l'addition d'ouvertures latérales sur les parois des canules; ces yeux nombreux, qui existaient sur les instruments employés autrefois, ainsi qu'en témoignent les figures contenues dans les anciens traités de chirurgie, faciliteraient l'écoulement du liquide et n'obligeraient jamais à laisser la canule à demeure au sein de la cavité séreuse. Il est difficile, en effet, de prévenir alors l'introduction de l'air, sans compter l'irritation des tissus en contact avec la canule. Ces divers accidents se sont montrés sur un malade opéré par M. Sandras, et nécessitèrent l'enlèvement de la canule au bout de vingt-quatre heures. Le quatrième jour il fallut pratiquer une nouvelle ponction pour donner issue à l'air. Malgré ces graves complications le malade guérit. Nous devons signaler, en passant, le moyen ingénieux auquel eut recours, en cette circonstance, l'interne du service, M. Réal, dont la conduite serait à imiter en semblable circonstance.

Nous avons dit que sous l'influence du séjour de la canule les tissus s'enflammèrent; nous devons ajouter que, malgré les précautions prises, ils furent déchirés par une quinte de toux. Afin de prévenir les résultats de cette fistule, M. Réal appliqua un petit appareil composé de trois ou quatre bandelettes de baudruche, superposées et imbriquées, et dont il fixa les bouts sur les parois thoraciques, avec de la poix, faute de collodion. Cet appareil avait l'avantage, en se soulevant, de laisser sortir les liquides et les gaz et de se réappliquer ensuite hermétiquement à la manière d'une soupape. Quand il était sali, avant de le renouveler on faisait glisser verticalement sur la fistule une bandelette de baudruche ; l'ouverture bouchée, on reconstruisait, à l'aide de bandelettes horizontales, l'appareil premier. La première bandelette était alors retirée. Grâce à ces précautions, le malade a guéri. Ces accidents montrent combien il importe de prévenir l'introduction de l'air; le pli à la peau et la précaution de ne pas laisser la canule dans la cavité de la plaie, nous en paraissent les conditions les plus indispensables.

Résumons-nous. Un bistouri, ou mieux une lancette, un trocart dont le pavillon de la canule est garni d'une bande de baudruche disposée en forme de conduit, un vase destiné à recevoir le liquide, enfin, un carré de quelques centimètres de sparadrap, pour couvrir la plaie, tels sont les seuls objets indispensables.

Le manuel opératoire est des plus simples. Le malade assis sur son lit, plus ou moins incliné sur le côté affecté, est maintenu dans cette

position par des aides. Si ceux-ci manquent, comme cela arrive trop souvent dans la pratique ordinaire, la position du malade est fixée par des coussins, ainsi qu'on le voit dans la figure 1. Le bras du malade correspondant au côté sur lequel on doit opérer est porté en avant, afin que le côté de la poitrine soit complétement libre. Placé en avant et sur le côté, l'opérateur fait de la main gauche un pli à la peau, tandis qu'avec la lancette, tenue de la main droite, il divise les téguments parallèlement au bord supérieur de la huitième côte. L'instrument doit pénétrer jusqu'aux muscles intercostaux, et même diviser l'externe. Cette ponction terminée, le médecin abandonne la lancette et saisit le trocart (fig. 3), en appuyant l'indicateur à trois ou quatre centimètres de la pointe, afin de limiter ainsi la partie de l'instrument qui doit pénétrer à travers l'incision. Ces précautions prises, il traverse sans crainte la couche musculaire qui recouvre l'épanchement pleural. Tandis que de la main gauche il fait pénétrer et maintient la canule au sein de la collection pleurétique, il dégage avec la droite la tige de l'instrument du conduit de baudruche (fig. 4). Lorsque la cavité séreuse est vidée, il retire la canule, et le pli formé à la peau vient, par son élasticité, se placer au devant de la plaie intercostale et met l'ouverture du thorax à l'abri du contact de l'air. Le pansement se borne à couvrir la piqûre de la peau avec un petit carré de sparadrap. L'opération est terminée, le malade est replacé dans le décubitus dorsal.

Quant à la valeur du moyen, comme ressource thérapeutique, nous nous abstenons de le juger : seulement, nous le répétons, il ne mérite pas le rejet que les chirurgiens en ont formulé. Un des faits les plus curieux auxquels nous avons assisté, est une opération de thoracentèse, suivie d'une injection iodée, pratiquée par M. Aran, dans un cas d'épanchement purulent. Le malade a guéri, dans des circonstances en apparence fort défavorables. Nous laisserons cet honorable confrère exposer à nos lecteurs, dans un de nos prochains numéros, le fait et les conclusions qui en découlent.

## RÉPERTOIRE MÉDICAL.

**ASTHME ET COQUELUCHE.** *Emploi de la limonade nitrique dans le traitement de ces deux maladies.* Ce n'est qu'avec une grande répugnance que nous parlons de certains moyens ; néanmoins, quand on cite à l'appui de leurs avantages des faits nombreux, et dont le caractère est d'une vérification facile, nous croyons ne devoir pas nous abstenir de faire connaître, sous toute réserve, ce que nous trouvons consigné à cet égard dans les recueils ou dans les ouvrages. D'après M. Arnoldi, par exemple, la limonade nitrique, aujourd'hui abandonnée et rayée de la thérapeutique, serait un moyen excellent et d'une efficacité certaine

contre la coqueluche et l'asthme. Dans la coqueluche, dit ce médecin, et quel que soit l'âge de la personne qui en est affectée, j'administre la limonade nitrique édulcorée convenablement. J'ai donné de cette manière, à un enfant de deux ans, près de 6 grammes d'acide nitrique dans les vingt-quatre heures, et je n'ai jamais vu la maladie résister à son emploi plus de trois semaines. Dans un cas, chez un enfant à la mamelle, âgé de sept mois, la maladie a disparu en huit jours. Dans un autre cas, chez une jeune fille de quinze ans, les paroxysmes furent calmés dans les premières vingt-quatre heures, et la maladie disparut en dix jours. Enfin, deux enfants d'un de mes confrères, affectés d'une coqueluche très-intense au milieu de l'hiver, en ont été débarrassés en trois semaines, quoiqu'on n'ait pas cessé un instant de les laisser aller à l'air libre. Dans l'asthme chez l'adulte, ce moyen n'aurait pas moins d'efficacité. — Nous regrettons beaucoup de ne pas trouver de plus grands détails dans le journal auquel nous empruntons ces faits; mais, comme par elle-même la limonade nitrique nous paraît sans danger, nous ne voyons pas pourquoi, surtout en temps d'épidémie, on ne pourrait pas en essayer l'usage. Les preuves données à l'appui de l'emploi de ce moyen ne nous paraissent pas très-concluantes; mais il serait possible cependant que les choses fussent telles qu'on le dit, et la thérapeutique de la coqueluche et de l'asthme n'est pas assez riche pour qu'on puisse dédaigner un moyen qui s'annonce avec tant de promesses. (*Canada med. journ.*, et *American Journal*, 1852.)

**DYSSENTERIE** (*Emploi des lavements iodés dans le traitement de la*). On ne saurait avoir trop de moyens pour combattre la dyssenterie et les diarrhées chroniques. Aucune affection ne se montre plus souvent dans la pratique et aucune souvent ne donne plus d'embarras aux médecins. On peut au reste se conduire de diverses manières dans des cas, ou en diminuant l'irritation par des moyens topiques convenables (ces moyens ne conviennent et ne réussissent qu'au début), ou en cherchant à agir directement sur les sécrétions, ou en agissant sur la contractilité et sur la sensibilité des plans musculaires de l'intestin et de la muqueuse, ou bien enfin en modifiant d'une manière directe le mode de vitalité de cette membrane, à l'aide de ces agents que l'on a rangés dans la médication substitutive. Tout le monde connaît l'efficacité des lavements au nitrate d'argent. D'après M. Eimer, les lavements iodés posséderaient une efficacité au moins aussi marquée. Ces lavements sont préparés de la manière suivante :

PR. Iode pur de 0,25 à 0,50.
Ioduro de potassium, Q. S. pour la dissolution dans :
Eau distillée, 30 à 90 grammes.

pour un lavement que l'on renouvelle deux fois dans les vingt-quatre heures, plus rarement trois et quatre fois. S'il y a du ténesme, et si le malade a peine à garder son lavement, on l'additionne de 10 à 15 gouttes de teinture d'opium, et on remplace l'eau par un véhicule mucilagineux. Dans les cas récents, dit M. Eimer, on peut arrêter d'un seul coup la marche de la maladie; mais, dans tous les cas, on diminue les garderobes et on les ramène à des conditions plus naturelles, de sorte que M. Eimer n'est pas éloigné de penser que si ces lavements étaient employés avant toute altération organique de l'intestin, ils réussiraient constamment. Dans les cas graves, cependant, ce médecin a administré en même temps des émulsions huileuses et des pilules d'opium et d'acétate de plomb. — Nous n'avons pas fait l'expérience du moyen recommandé par M. Eimer; mais il ne nous répugne nullement de penser que l'on pourra obtenir avec l'iode des effets tout aussi satisfaisants qu'avec le nitrate d'argent. Nous dirons plus, c'est que dans notre opinion, l'iode doit avoir une action irritante moindre que ce dernier sel. (*Henle's Zeitschrift*, 1852.)

**EMPLATRES.** *Nouveau moyen de conservation.* On sait que les emplâtres dans la composition desquels entrent des poudres végétales, noircissent au bout de quelque temps. M. Solbrig, pharmacien à Nordhalden, conseille, pour parer à cet inconvénient, de les tremper rapidement dans du suif liquéfié par l'action de la chaleur. (*Ann. médic. de Roulers*, 1852.)

**ENGELURES** (*Emploi du collodion comme traitement des*). M. le docteur Wetzlar, médecin à Aix-la-Chapelle, vient confirmer les bons effets qui suivent l'application du collodion dans les cas d'engelures non ulcérées. La chaleur, la démangeaison et la douleur, dit-il, disparaissent presque instantanément. Dans les engelures ulcérées, l'usage de cette substance a été suivi, outre ses mains, des mêmes résultats, mais il a fallu en répéter l'application plusieurs jours de suite. (*Ann. médic. de Roulers*, 1852.)

---

**FIÈVRE TIERCE** *compliquée de zona, chez une personne affectée de diathèse érysipélateuse; guérison par le quinquina et le proto-iodure de soufre.* Le fait suivant, extrait d'un recueil de médecine espagnol, emprunte moins son intérêt à la complication du zona et de la fièvre intermittente, complication peu grave en elle-même et qui n'entraînait aucune indication spéciale, qu'à deux circonstances du traitement qui nous ont paru dignes d'être signalées, savoir : d'une part, la guérison par l'écorce de quinquina d'une fièvre tierce qui non-seulement n'avait point cédé à l'administration du sulfate de quinine, mais qui s'était même aggravée et compliquée après cette administration ; d'autre part, la guérison de la diathèse érysipélateuse et l'amendement général survenu dans l'état de santé de la malade, sous l'influence de l'administration du proto-iodure de soufre prescrit contre le zona. Les lecteurs apprécieront mieux d'ailleurs par eux-mêmes la valeur de ce fait, par les détails de l'observation.

Une jeune personne de vingt ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, sujette à des érysipèles de la face et fort mal réglée, fut atteinte, vers le milieu du mois d'août 1848, de frissons alternant avec de la chaleur, d'inappétence, de lassitude, de mauvais goût à la bouche, de céphalalgie, de démangeaison à la peau, principalement à la face et à la partie latérale droite du tronc et antérieure du ventre, de fièvre, puis d'émissions d'urines claires et abondantes, et enfin de sueurs copieuses d'une odeur fortement acide. Ces symptômes furent pris pour les signes précurseurs d'un des érysipèles auxquels était sujette la malade, mais le lendemain tout avait cessé: le jour suivant tous ces phénomènes se reproduisirent, et ils continuèrent dès lors à se montrer ainsi un jour et l'autre non. Le médecin qui soignait la malade eut recours à une saignée du bras, puis à un émétocathartique, et enfin, pendant les six jours suivants, il administra du sulfate de quinine à la dose d'un drachme par jour.

Non-seulement la fièvre ne céda pas à cette médication, mais de nouveaux symptômes se manifestèrent: des taches irrégulières plus grandes qu'une pièce de 5 francs, d'un rouge écarlate, rapprochées les unes des autres et surmontées de quelques vésicules arrondies et pleines d'une humeur séreuse, se montrèrent sur les parties de la peau qui, dans les commencements, avaient offert les démangeaisons, c'est-à-dire à la partie latérale droite du tronc, à l'aine et à la cuisse du même côté.

M. Escolar fut chargé à cette époque de donner ses soins à la malade: la maladie durait alors depuis près d'un mois. Il commença par cesser tout traitement et soumit la malade à un régime doux. La fièvre intermittente continuant, après six jours de repos, on administra, pendant l'apyrexie, avec les précautions voulues, la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Ecorces de quinquina jaune et de quinquina calisaya finement pulvérisées, de chaque.............. | 1/2 once. |
| Crême de tartre...... | 2 drachmes. |
| Acide sulfurique..... | 8 gouttes. |
| Sirop simple......... | Q. S. |

Mêlez et F. S. A. un électuaire à prendre en six ou huit fois, durant l'apyrexie.

Dès le premier jour la fièvre fut coupée. Cependant, afin d'en empêcher le retour, on engagea la malade à continuer le remède, et elle en prit pendant plusieurs jours la valeur d'une cuillerée à café, tous les matins.

M. Escolar, s'occupant alors de l'éruption, eut recours au proto-iodure de soufre administré à l'intérieur, en pilules de deux grains chaque, dont la malade prenait deux par jour, et à l'extérieur en frictions, d'après la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Pr. Proto-iodure de soufre. | 1 drachme. |
| Beurre frais............ | 1 once. |
| Esprit de menthe...... | 4 gouttes. |

Mêlez exactement et F. S. A. une pommade pour oindre, une fois tous

les soirs, la partie où siége l'éruption.

Au bout de quatre jours les vésicules s'ouvrirent, et le liquide qu'elles contenaient forma, en se concrétant, des croûtes brunes peu épaisses et adhérentes; elles ne tardèrent pas à tomber et laissèrent seulement des taches qui, en diminuant de jour en jour, ne tardèrent pas à disparaître. Il fut cependant nécessaire, pour obtenir ce résultat, de continuer pendant près de trois mois la médication ioduro-sulfureuse. Depuis lors la menstruation est devenue régulière et abondante, ce qui n'avait jamais eu lieu, et la malade a cessé d'être aussi fréquemment sujette aux érysipèles. (*Boletino de medicina*, 1852.)

---

**HYDROCÈLE** (*L'oblitération complète de la cavité vaginale est-elle nécessaire pour obtenir la cure radicale de l'*)? Cette question est, comme chacun le sait, l'objet d'une dissidence qui existe depuis longtemps entre les chirurgiens, et que n'avaient point fait cesser encore jusqu'ici les discussions publiques auxquelles elle a été soumise à plusieurs reprises devant l'Académie de médecine. M. Hutin, chirurgien en chef des Invalides, était on ne peut mieux placé pour étudier cette question dont il avait tous les éléments sous les yeux; c'est aussi ce qu'il a fait.

A cet effet, M. Hutin a tenu note, depuis 1845, des opérations d'hydrocèle pratiquées à l'hôtel des Invalides. Il a recherché également les hommes traités pour la même affection avant cette époque, et ces deux notes lui ont fourni le résultat statistique suivant :

34 militaires opérés avant son arrivée à l'Hôtel existaient encore, savoir : 3 soumis à l'emploi du séton; 2 à l'excision; 3 à l'incision; 8 à l'emploi de la potasse caustique; 8 à l'usage d'une sonde flexible laissée à demeure; 5 à des injections vineuses; 4 à des injections iodées; 1 enfin à une simple ponction sans injection.

30 hommes ont été opérés dans son service depuis 1845. Parmi eux 2 ont subi de simples ponctions évacuatrices; les 28 autres ont été soumis à des injections iodées.

28 des 34 premiers sont morts, et 2 out quitté l'Hôtel.

15 des 30 nouveaux opérés sont morts aussi. Les uns et les autres ont succombé à des affections diverses, tout à fait étrangères à l'opération, et tous fort longtemps après la guérison de leurs hydrocèles.

Chez les 28 anciens opérés, dont un avait subi l'injection iodée, il y avait oblitération complète de la cavité vaginale.

Parmi les 15 hommes décédés sur les 30 soumis par M. Hutin à l'injection iodée, 7 offraient des adhérences complètes oblitérant la cavité séreuse, 4 présentaient des adhérences partielles seulement, et 4 n'en fournissaient pas de traces.

M. Hutin a pu conclure de ces faits :

1° Que Pott avait dit vrai en avançant que la disparition de la cavité vaginale n'est pas indispensable à la cure de l'hydrocèle;

2° Que cette disparition semble être la conséquence la plus ordinaire des traitements employés jadis et même des injections vineuses;

3° Qu'elle arrive moins fréquemment à la suite des injections iodées.

Il n'est personne qui, après avoir lu ce document, ne conclue comme l'a fait M. Hutin, et ne considère par conséquent comme résolue par la négative la question qui forme le titre de cet article. (*Comptes-rendus de l'Acad. de médecine*, octobre.)

---

**IODE** (*Des préparations d'*) *contre les scrofules, les syphilis anciennes et les tumeurs blanches.* Nous aimons à mettre en relief les formules auxquelles l'expérience a conduit les médecins distingués de toutes les contrées. A ce titre, nous publions le résumé suivant de la pratique de M. Burgraeve, chirurgien en chef de l'hôpital de Gand. Ce chirurgien, avec les préparations iodiques, fait constamment usage de l'huile de foie de morue, et quelquefois même, quand la constitution est trop delabrée, il commence par l'huile qu'il administre seule jusqu'à ce que les malades puissent supporter les diverses préparations d'iode. Voici alors les diverses préparations auxquelles il a recours. Dans les cas de syphilis invétérée :

| | |
|---|---|
| Iodure de potassium... | 100 gramm. |
| Eau de fleurs d'oranger. | 1,000 gramm. |
| Iode.................. | 1 gramm. |
| Iodhydrargyrate de potasse.... ........ | 1 gramm. |

D'abord un verre à liqueur le matin, puis un verre matin et soir, jusqu'à disparition des symptômes. Par l'action de ce remède, même dans

le cas où la constitution est fort délabrée, le malade reprend ses forces et son embonpoint. Le régime doit consister principalement en viandes succulentes et en boissons toniques.

Dans les scrofules, le goître, certains cas de phthisie au début, le rachitis, les tumeurs blanches, les engorgements glandulaires, etc. :

| | |
|---|---|
| Iodure de barium...... | 6 gramm. |
| Cannelle en poudre.... | 5 gramm. |
| Sucre en poudre....... | 5 gramm. |

à diviser en huit paquets; deux ou trois paquets par jour.

En même temps, on fait usage de l'iodure de barium en frictions, dans les cas d'engorgements, ou en topique sur les ulcères :

| | |
|---|---|
| Iodure de barium...... | 2 à 4 gramm. |
| Axonge............... | 30 gramm. |

Dans la cachexie cancéreuse, en vue d'obtenir la résolution des tumeurs :

| | |
|---|---|
| Savon médicinal...... | 8 gramm. |
| Gomme ammoniaque... | 4 gramm. |
| Iodure de fer......... | 2 gramm. |
| Poudre de ciguë...... | 2 gramm. |
| Poudre d'aconit....... | 2 gramm. |

Faites des pilules de 20 centigrammes; — deux pilules matin et soir.

En frictions, pour calmer les douleurs lancinantes :

| | |
|---|---|
| Iodure de potassium.... | 3 gramm. |
| Iodhydrate de morphine. | 1 gramm. |
| Axonge.............. | 30 gramm. |

Une friction soir et matin, avec gros comme une noix de la pommade.

Dans les affections dartreuses :

| | |
|---|---|
| Iodure de soufre..... | 2 gramm. |

Mucilage de gomme arabique, de quoi faire 36 pilules.

Chez les adultes, on commence par une pilule soir et matin; puis on augmente progressivement jusqu'à six, selon la tolérance du sujet. On seconde quelquefois l'action du remède par des frictions :

| | |
|---|---|
| Iodure de soufre.... | 0,60 à 4 gramm. |
| Axonge............ | 30 gramm. |

Une friction soir et matin. (*Ann. de la Société de méd. de Gand*, 1852.)

**IRITIS SYPHILITIQUE** (*De l'emploi de l'huile essentielle de térébenthine dans les cas d'*). Cette maladie, souvent rebelle à nos médications, ou du moins le plus souvent suivie d'accidents préjudiciables à la vue, serait, d'après le docteur Hoering, guérie par l'huile essentielle de térébenthine. Dans deux cas d'iritis syphilitique, dont l'un très-grave, et dans lequel les mercuriaux jusqu'à produire la salivation, l'iodure de potassium, etc., étaient restés sans effet, ce médecin eut l'idée de donner 6 grammes d'huile essentielle de térébenthine, mélangée à 45 grammes de miel. Cette préparation fut prise par cuillerée à café en deux jours. Les bons effets que les malades en éprouvèrent portent M. le docteur Hoering à appeler l'attention de ses confrères sur cette ressource nouvelle préconisée par M. Helbert, médecin du grand hôpital de Hambourg. (*Medic. corresp.-blatz*, 1852.)

**NEVRALGIE** *occupant les deux côtés de la face, guérie par le collodion*. Nous avons déjà fait connaître plusieurs applications du collodion, et, si nous ne nous trompons, même, dans des cas analogues à celui que nous allons rapporter. C'est donc moins comme un fait nouveau que nous le signalons à nos lecteurs dans l'observation suivante, que comme une vérification nouvelle des effets attribués à cette substance, ou tout au moins comme une justification fondée sur ses propriétés connues.

Un homme âgé de cinquante-six ans, d'une constitution faible, sujet aux migraines, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Guérard, pour des douleurs violentes siégeant à la face et revenant par accès. Ces douleurs avaient leur maximum, des deux côtés de la face, au niveau de l'échancrure sus-orbitaire, au niveau du trou sous-orbitaire et du trou mentonnier. De ces foyers névralgiques, la douleur s'irradiait à toute la face, au front et aux tempes; elle était extrêmement violente et constrictive de sa nature. Le malade avait comme la sensation d'un étau qui serrerait fortement les parties affectées. Une pression légère ou forte, pratiquée sur les points névralgiques, exaspérait la douleur; il en était de même du froid, de la chaleur, de l'humidité, des variations atmosphériques, des émotions morales, etc. Les accès, qui n'avaient rien de constant dans l'ordre de leur apparition et de leur durée, arrivaient, le plus souvent, le matin, et se succédaient plus ou moins rapidement, de manière à constituer une attaque durant cinq à six heures. Pendant ce temps, les muscles de la face se contractaient douloureusement, le malade s'agitait, poussait

des cris, était pris quelquefois de délire, ou bien sa vue s'obscurcissait; il avait des bourdonnements, sa face s'injectait, devenait turgescente; puis, sous l'influence d'applications de belladone, les douleurs se calmaient, et le malade tombait dans une sorte d'anéantissement, qui durait un temps variable. L'état général était mauvais; le malade maigrissait; son sommeil était agité; il éprouvait habituellement des tiraillements dans les membres, etc.

Cette névralgie durait depuis dix-huit mois. Les attaques devenaient de jour en jour plus rapprochées et de plus en plus fortes. Au début, il y avait quatre, six ou huit jours de repos complet; actuellement, à peine les accès avaient-ils vingt-quatre heures de rémission. Plusieurs traitements énergiques avaient été mis en usage sans aucun succès : vésicatoires saupoudrés de morphine; cautérisation avec le fer rouge, à l'oreille et au pied; sulfate de quinine; proto-iodure de mercure et iodure de potassium. Le 4 juin, jour de son entrée à l'hôpital, M. Guérard prescrivit une application de collodion sur les points névralgiques. Le lendemain matin, 5, le malade a eu son accès comme d'habitude; mais, dès le troisième jour, l'accès avait été considérablement amoindri. Le quatrième jour, sauf quelques douleurs supportables, le malade éprouvait un repos et un bien-être qu'il n'avait pas ressentis depuis longtemps. Les jours suivants, les accès vont en s'affaiblissant jusqu'au 12 (huitième jour du traitement), où ces accès cessent tout à fait, pour ne plus reparaître.

C'est là, à coup sûr, un fait très-remarquable. Est-ce à l'action seule du collodion qu'est due cette guérison presque inattendue? Pourquoi pas, puisque ç'a été le seul moyen mis en usage dès l'entrée du malade à l'hôpital? à moins d'admettre que la maladie se soit dissipée d'elle-même, par la seule influence du changement de lieu et de régime. Cette dernière supposition, à la rigueur, ne serait pas impossible. Mais il ne répugne nullement d'admettre que le collodion, soit par l'action de l'éther qui entre dans sa composition, soit par sa propriété d'enduit imperméable et isolant, ou, mieux encore, par l'action combinée de ces deux éléments, ait pu amener cet heureux résultat. Quoi qu'il en soit, c'est là évidemment un fait qui doit encourager à recourir, en pareille occurrence, à ce moyen d'un usage d'ailleurs si simple et si facile. (*Gaz. des Hôpit.*, octobre 1852.)

---

**RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE** (*Effets remarquables des inhalations de chloroforme dans les cas de*) *avec rétention d'urine.* Tous ceux qui ont quelque pratique des rétrécissements de l'urètre savent que, dans la difficulté que trouve l'urine à franchir l'obstacle et dans celle que rencontrent les instruments exploratcurs et dilatateurs, ce n'est pas seulement la lésion organique des parois du canal de l'urètre avec laquelle il faut compter, mais aussi et surtout avec l'élément spasmodique, les contractions spasmodiques des fibres musculaires qui doublent l'urètre. Combien de fois n'arrive-t-il pas, par exemple, de voir, à quelques minutes ou à quelques jours de distance, une bougie ou une sonde, qui passait librement, être serrée étroitement dans le rétrécissement! Et ne sait-on pas qu'on ne réussit pas toujours à faire pénétrer dans un canal irritable, quelques minutes après l'introduction d'une bougie d'un volume moyen, une bougie d'un volume bien plus petit, quelquefois même filiforme? Ordinairement, il suffit de laisser passer le spasme pour que la sonde ou la bougie pénètre en quelque sorte d'elle-même; mais lorsque le rétrécissement est porté très-loin, le spasme peut ajouter à la difficulté de l'émission de l'urine, jusqu'au point de mettre un obstacle absolu au passage de l'urine et même à l'introduction des instruments. On pouvait se demander si, en faisant tomber le spasme par les inhalations de chloroforme, on ne réussirait pas à rétablir le cours des urines, ainsi du reste qu'on l'a vu chez ce jeune enfant dont nous avons donné l'histoire il y a quelque temps. C'est un fait assez fréquent que l'évacuation involontaire des urines dans le sommeil chloroformique, et dans le cas particulier dont il s'agit, la chose doit avoir lieu d'autant plus facilement que la vessie, se trouvant distendue par l'urine, ne trouve de résistance que dans la puissance contractile, spasmodiquement mise en jeu, des fibres contractiles de l'urètre. On verra, par le fait suivant,

que ces inhalations offrent une précieuse ressource au chirurgien dans les cas de rétention d'urine due un rétrécissement spasmodique infranchissable de l'urètre.

Un jeune homme de dix-neuf ans entra, le 19 octobre dernier, dans le service de M. Mackenzie pour un rétrécissement de l'urètre qui remontait au moins à quatre années, pour lequel, pendant son service dans l'armée, il avait été traité à diverses reprises à la suite de rétention d'urine, et pour lequel enfin il venait d'être réformé quelques mois auparavant. La veille de son entrée, il avait été pris de rétention d'urine, et un chirurgien n'avait pas réussi à le sonder. Cependant, avec beaucoup de peine, M. Mackenzie finit par passer une sonde très-fine du n° 2, et à retirer une grande quantité d'urine. La sonde était fortement serrée, et l'on sentait au niveau du rétrécissement, au bulbe, de l'induration. Pendant deux jours la sonde fut maintenue en place, puis retirée, et le malade put uriner facilement par un petit jet. Le 24, à l'heure de la visite, on le trouva encore souffrant de rétention d'urine, la vessie fortement distendue, remontant presque jusqu'à l'ombilic. Cette fois, M. Mackenzie ne fut pas aussi heureux que les premières, il lui fut impossible de passer le plus petit instrument: le n° 1 s'engagea d'abord, mais il ne passait pas sans doute jusqu'à la vessie; car l'urine ne s'écoula pas.

Dans ces circonstances, M. Mackenzie songeait déjà à faire appel aux lumières de M. Syme, lorsque l'idée lui vint d'essayer les inhalations de chloroforme, comme moyen de faire tomber le spasme de l'urètre. Après quelques secondes, le malade entra dans la période d'excitation, mais cette période était à peine franchie que le relâchement des muscles et la respiration stertoreuse vinrent montrer toute la puissance de l'anesthésique, et que l'urine fut chassée avec force et d'une manière continue par le canal de l'urètre, sur les côtés du cathéter, qui se trouva alors libre dans le canal et qu'on remplaça seulement par le n° 2, bien que l'on eût pu y passer alors sans difficulté les n$^{os}$ 4 ou 5. A partir de ce moment, le traitement suivit sa marche régulièrement; le 29, on passa les n$^{os}$ 2 et 3. Le 1$^{er}$ décembre, le malade quittait l'hôpital parfaitement guéri, le n° 16 passant sans difficulté et l'urine coulant par un jet large et plein. — On comprend sans peine les avantages que présente cette pratique, et, dans notre opinion, on ne saurait plus avoir recours à la ponction de la vessie pour des rétentions d'urine complètes, sans avoir essayé de vaincre le spasme par les inhalations de chloroforme. (*Monthly Journal*, 1852.)

---

**VERRUES** (*Nouveaux faits touchant l'influence du carbonate de magnésie sur les*). En rendant compte, dans les Annales de Roulers, de l'observation publiée dans ce journal par M. Lambert, observation qui témoigne de l'effet curatif de la magnésie sur le développement des excroissances verruqueuses, M. René Vanoye rappelle que ce n'est pas la première fois que cette singulière action est signalée. Notre confrère cite un premier fait publié en 1841, par le docteur Eckstein, de Pesth. C'est le cas d'une jeune fille, chez laquelle l'usage interne de cette substance fit disparaître assez rapidement un grand nombre de verrues. Le second fait, rapporté par le docteur Peez, de Wiesbaden (Hanov-annalen, band IV, heft 3), concerne un homme d'apparence cachectique, qui prit, contre des aigreurs gastriques, une cuillerée de carbonate de magnésie soir et matin. Cet individu apprit, quelque temps après, à M. Peez, que le traitement qu'il lui avait prescrit n'avait pas réussi à rétablir ses digestions, mais avait fait disparaître les excroissances verruqueuses dont ses mains étaient presque entièrement couvertes. Instruit par ce fait, M. Peez a souvent eu recours au même moyen pour enlever les verrues, et les résultats qu'il a obtenus portèrent ce médecin à en conseiller l'essai, ainsi que l'a dit M. Lambert, dans les cas de nævi materni, de cors aux pieds, et même de certains polypes. (*Ann. méd. de Roulers*, 1852.)

## VARIÉTÉS.

—

Le décret qui règle le mode de recrutement du corps des officiers de santé de l'armée, et crée à Paris une Ecole spéciale de médecine et de pharmacie militaires, vient de nous être adressé, ainsi que la liste des épreuves particulières d'admission déterminées par le ministre de la guerre. D'après cette législation nouvelle, les docteurs en médecine et les maîtres en pharmacie n'ayant pas dépassé l'âge de vingt-huit ans peuvent entrer dans le corps de santé de l'armée, en remplissant préalablement certaines épreuves. — Quarante places de médecins et vingt de pharmaciens sont mises au concours pour l'année 1852. — Les épreuves s'ouvriront à Montpellier le 1er décembre, à Strasbourg le 10, et à Paris le 20 du même mois, en présence de jurys locaux, composés : 1° d'un médecin-inspecteur qui présidera les trois jurys; 2° d'un médecin principal choisi dans une autre spécialité que l'inspecteur, et qui l'accompagnera dans sa tournée; 3° d'un médecin principal et d'un pharmacien du même grade, désignés par le ministre dans chaque localité. Cette composition a pour but d'assurer l'unité d'appréciation et l'équivalence des épreuves. Le jury formé à Paris pour l'admission des candidats remplira, au terme de cette opération, l'office de jury central, et dressera la liste de classement des candidats des trois concours.

Les épreuves de l'admission ont pour but de constater : 1° l'aptitude physique au service militaire; 2° le degré d'intelligence et de capacité; 3° le degré d'instruction acquise. Trois épreuves sont instituées : 1° une *composition écrite* sur une question de clinique et de thérapeutique médicales, pour laquelle il est accordé quatre heures. Elle sera rédigée sans livre ni notes, sous la surveillance d'un membre du jury; la question est la même pour tous les candidats de chaque localité. 2° Une *épreuve orale d'anatomie de régions*, avec application à la médecine et à la chirurgie pratiques, vingt minutes pour chaque candidat, après vingt minutes de réflexion. 3° Une *épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils*. Vingt minutes pour la durée totale de cette épreuve mixte; douze à quinze au gré du candidat pour l'épreuve orale, et cinq à huit pour l'application des appareils ou bandages. L'échelle d'appréciation des épreuves est comprise entre 0 et 20. Le chiffre d'admissibilité est de 11. Cette échelle sera multipliée par les coëfficients qui suivent : composition, 10; première épreuve orale, 6; deuxième épreuve et bandage, ou préparation officinale, 7. Le chiffre d'admissibilité pour l'ensemble des épreuves est de 253.

Les candidats admis feront un stage d'une année à l'Ecole spéciale du Val-de-Grâce. Ce séjour est destiné à les familiariser avec les principales applications de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie militaires, et avec les conditions particulières du service et des règlements. Les conférences dans cette Ecole auront un caractère essentiellement pratique.

Les docteurs en médecine et maîtres en pharmacie admis à l'Ecole spéciale auront, dès leur entrée, le rang de médecin ou pharmacien aide-

major commissionné de deuxième classe, avec un traitement de 2,800 fr. à leur sortie de l'Ecole; au bout d'une année, ils seront brevetés dans leur grade. Cinq années leur seront comptées pour le temps d'études antérieures à leur entrée à l'Ecole.

---

Le jury du prochain concours pour quatre places de professeurs agrégés près la Faculté est composé de MM. Bouillaud, Piorry, Andral, Duméril, Requin, Grisolle, Tardieu. — Suppléants : MM. Cruveilhier, Adelon, Fleury. — Les concurrents sont : MM. Abeille, Aran, Blin des Cormiers, Bouchut, Delpech, Empis, Frédault, Gubler, Hérard, Lasègue, Léger, Leudet, Milcent, Tholozan.

---

M. Leblanc, vétérinaire distingué, connu par de nombreux et de savants travaux, a été élu membre de l'Académie nationale de médecine, dans la séance du 9 de ce mois.

---

S. M. le roi de Piémont vient de conférer à M. Ricord les insignes de l'ordre de Saint-Maurice et de Saint-Lazare.

---

M. Calmeil vient d'être nommé médecin en chef de Charenton, en remplacement de M. Archambault, démissionnaire. M. Deguise fils, déjà chirurgien en chef adjoint, est nommé médecin adjoint.

---

M. le docteur Vleminck a été promu au grade de commandeur de l'ordre de Léopold, en reconnaissance des services qu'il a rendus, comme président du Congrès général d'hygiène, qui s'est tenu récemment à Bruxelles. Par la même promotion, M. Jules Guérin a été élevé au grade d'officier du même ordre.

---

M. le docteur Sauveur, inspecteur général du service médical en Belgique, vient de recevoir de S. M. Guillaume III le brevet et les insignes de commandeur de l'ordre de la Couronne de Chêne.

---

La Faculté de médecine de Montpellier a fait une nouvelle perte. Un de ses anciens doyens, M. le professeur Dubreuil, à peine âgé de soixante-trois ans, vient de succomber à une longue et cruelle maladie.

---

Le poivre de Cayenne joue un grand rôle parmi les condiments ordinaires de nos voisins d'outre-Manche. La Commission sanitaire, qui poursuit le cours de ses recherches sur les falsifications des substances alimentaires, à Londres, a reconnu que cette substance était altérée 24 fois sur 28, et 22 fois par des matières colorantes minérales. C'était du minium dans 13 échantillons, des terres ferrugineuses dans 7 autres, du cinabre dans un autre ; et dans beaucoup d'autres cas il y avait réunion de ces diverses falsifications. On peut juger par là du laissez-faire et du laissez-passer appliqué au commerce, en ce qui touche les matières alimentaires.

---

*Le rédacteur en chef*, E. DEBOUT.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

## CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LA PNEUMONIE INTERMITTENTE ET SUR SON TRAITEMENT.

Par le docteur CONSTANT.

La pneumonie intermittente est certainement, de toutes les formes que peut affecter l'inflammation du parenchyme pulmonaire, l'une des plus insidieuses et des plus graves. Les médecins qui ne pratiquent pas dans les contrées paludéennes ne peuvent se faire une idée des dangers dont ces pneumonies sont entourées, et de la rapidité de leur marche, si elles ne sont pas reconnues et traitées en temps utile. C'est parce que, exerçant moi-même la médecine dans un pays où ces pneumonies se montrant assez fréquemment, j'ai pu me convaincre de leur gravité, que je crois utile d'appeler l'attention sur les principaux caractères qui peuvent servir à les faire connaître. Je rapporterai d'abord le fait suivant :

OBS. I. La femme G..., veuve, âgée de quarante-cinq ans, habitant la campagne, au milieu de la vallée de Lemboulas, où les fièvres intermittentes sont endémiques et prennent même souvent le caractère pernicieux durant les fortes chaleurs de l'été et de l'automne, me fait appeler le 20 octobre 1848, à quatre heures du matin, pour la soulager d'une violente douleur de côté. Cette femme, d'une constitution assez faible, au teint jaunâtre et décoloré par son séjour habituel dans ce pays de fièvres, me raconte que la veille, à cinq heures du soir, elle a été prise subitement d'un frisson qui l'a fait trembler quatre heures durant, et pendant lequel sont apparues une douleur de tête et une douleur de côté qui la feront mourir, dit-elle, si je ne lui apporte un prompt soulagement. Je constate l'état suivant : figure anxieuse, peu colorée, mais ruisselant de sueur; peau chaude et moite sur tout le corps ; pouls à 104, mou et très-dépressible (l'accès tirait vers sa fin) ; toux sèche et fréquente ; respiration précipitée, courte, considérablement gênée par une violente douleur de côté, siégeant à droite, un peu au-dessous du mamelon. Cette douleur commence à diminuer, et cependant elle est encore assez forte pour obliger la femme à se tenir presque assise dans son lit, et toute penchée sur le côté souffrant, afin, dit-elle, de ne pas respirer avec ce côté. Sans parler des autres fonctions que je trouvai dans un état normal, sauf la langue et les lèvres qui étaient complétement sèches et comme parcheminées, toute mon at-

tention se porta immédiatement sur la poitrine. J'y trouvai du râle sous-crépitant dans tout le côté postérieur droit, avec du souffle tubaire au niveau de la fosse sous-épineuse, mais dans une étendue très-limitée. Les antécédents, la physionomie générale de l'individu, l'état du pouls, le rapide passage de la pneumonie du premier au deuxième degré, la localité, la saison encore chaude, et l'année qui fut particulièrement abondante en fièvres paludéennes sous toutes les formes, pernicieuses surtout, toutes ces circonstances, dis-je, me firent voir immédiatement que j'avais affaire à une pneumonie intermittente; et sans songer même aux antiphlogistiques, je prescrivis sans aucun retard 1 gr. 50 c. de sulfate de quinine liquide, à prendre par la bouche, moitié à huit heures et moitié à dix heures, afin de prévenir l'accès qui devait probablement revenir à cinq heures du soir. Sinapismes aux extrémités inférieures et grand vésicatoire volant *loco dolenti*. A six heures du soir, je revois la malade. Elle n'a pas encore eu d'accès. La physionomie, ouverte et souriante, n'est plus reconnaissable ; le pouls est à 80; la douleur de côté est presque nulle, la respiration naturelle. Le souffle tubaire a disparu, mais le râle sous-crépitant existe toujours.

Le 21 au matin, je reviens auprès de la malade. Elle a passé une bonne nuit, elle a même reposé quatre heures; l'accès a manqué la veille. Elle ne se trouve plus malade, dit-elle. Le râle sous-crépitant existe encore, mais ses bulles sont devenues plus rares. Pas de céphalalgie, respiration normale. Encore quelques secousses de toux, mais à de rares intervalles, et sans expectoration caractéristique; douleur de côté nulle ; langue redevenue humide. En un mot, la malade se disait guérie, et je fus de son avis. Néanmoins, par prudence, et sachant déjà, par expérience, avec quelle rapidité ces maladies reviennent si l'on ne continue pas le remède spécifique quelque temps encore après que les accès sont coupés, je lui prescrivis encore 1 gr. de sulfate de quinine à prendre à dix heures et à midi.

Le 22 octobre, nouvelle visite; la malade va de mieux en mieux; l'accès n'est plus revenu ; elle a parfaitement dormi la nuit. Plus de toux ni de douleur de côté, ni de râles d'aucune espèce. La malade ne demande qu'à manger ; je lui permets deux bouillons et deux potages, et lui prescris encore 0,50 de quinine pour le lendemain, aux mêmes heures que la veille.

Le 23 octobre, dernière visite. Je trouve la malade debout, devant sa porte, à sept heures du matin, malgré ma recommandation expresse de ne pas se lever, et surtout de ne sortir ni le matin ni le soir. Je lui prescris encore 0,20 de quinine, à prendre tous les jours,

puis tous les deux jours pendant un certain temps, afin de consolider la convalescence.

Je vis la malade quelques jours après; elle était complétement rétablie.

Parmi les nombreuses pneumonies franchement intermittentes qui se sont offertes à mon observation, j'ai choisi celle-ci comme type; mais je pourrais en fournir une multitude d'autres qui m'ont offert les mêmes caractères, mais peut-être avec moins de clarté et de simplicité. La multitude de pneumonies semblables que j'ai vues m'a permis d'établir entre elles et les pneumonies ordinaires les caractères distinctifs suivants :

*Caractères distinctifs des pneumonies intermittentes.* — 1° Comme les pneumonies ordinaires, elles débutent par un frisson, mais ce frisson est, en général, beaucoup plus intense et de plus longue durée.

2° Le point de côté est presque constant; il siége presque toujours au niveau du mamelon du côté affecté et toujours en avant, quoique l'engorgement pulmonaire se localise presque toujours en arrière. Il apparaît ordinairement en même temps que le frisson, ou très-peu de temps après. Ce point pleurétique ne se révèle presque jamais aux investigations de l'oreille, va s'affaiblissant avec les accès, et cède plus facilement encore à l'emploi des vésicatoires volants qu'à celui des sangsues.

3° La céphalalgie apparaît dès le début, presque aussitôt, et quelquefois même plus tôt que le frisson. Elle est frontale ou sincipitale, et, par sa violence, elle constitue un des symptômes qui tourmentent le plus le malade. Elle coïncide très-souvent avec une douleur lombaire, non moins vive, qui suit les mêmes phases d'augmentation et de diminution qu'elle-même.

4° La réaction fébrile qui succède au frisson est ordinairement très-intense, et assez en rapport avec celle du frisson initial. Elle dure de six à douze heures, suivant les cas, après quoi elle va peu à peu s'affaiblissant, pour faire place à une sueur très-abondante qui inonde tout le corps, et coule sur la figure en gouttes grosses et nombreuses. La figure est rouge, animée, anxieuse.

5° Le pouls, pendant la fièvre (et c'est là un des caractères différentiels qui me sont le plus utiles pour asseoir mon diagnostic), le pouls, dis-je, au lieu d'être plein, fort, vibrant comme dans les pneumonies inflammatoires franches, est large, mou, dépressible, ondulant, mais il est tout aussi fréquent.

6° La toux n'offre rien de particulier. Elle se montre de bonne heure, et augmente considérablement la douleur de côté par ses se-

cousses. Sèche au début, elle ne tarde pas à s'accompagner d'une expectoration, tantôt jaune-safran clair, tantôt sanguinolente, qui n'a rien de particulier que son extrême abondance dans beaucoup de cas. Le sang y est intimement mêlé aux crachats. Jamais je n'ai vu l'expectoration purulente ou jus de pruneaux, ce qui concorde bien avec cette autre observation que je n'ai jamais vu les pneumonies intermittentes, même mortelles, dépasser le deuxième degré, c'est-à-dire l'hépatisation rouge ; ce que l'on doit probablement attribuer à l'absence ou au peu d'intensité de l'élément inflammatoire dans ces maladies. C'est qu'en effet l'engorgement pulmonaire tient plutôt de la congestion sanguine que de l'inflammation.

7° L'auscultation et la percussion m'ont fourni un caractère très-précieux ; car il m'a souvent permis, à lui seul, de reconnaître la nature de la maladie, alors que tous les autres signes me laissaient dans le doute : c'est la rapidité avec laquelle s'opère le passage du premier au deuxième degré. Souvent il m'est arrivé ceci : tous les caractères rationnels d'une pneumonie intense existaient : frisson initial, céphalalgie, point de côté, oppression, toux fréquente, fièvre violente ; je percutais et j'auscultais très-attentivement, et je ne trouvais rien, ou tout au plus quelquefois un peu de râle crépitant dans un point très-circonscrit du poumon. Je revenais huit, douze heures après, et je trouvais tout un côté de la poitrine hépatisé, avec matité complète, respiration nulle, souffle tubaire, retentissement de la voix, expectoration sanglante. Cette rapidité d'hépatisation est, après l'état du pouls, un des meilleurs signes distinctifs à établir entre les pneumonies franches et les pneumonies intermittentes. Mais si l'hépatisation est prompte à venir, elle est prompte aussi à disparaître sous l'influence des doses élevées de sulfate de quinine. On la voit alors faire place, comme par enchantement, au râle sous-crépitant de retour (pendant la rémission), pour reparaître, il est vrai, à l'accès suivant, si la fièvre n'est pas coupée.

8° Un des caractères du râle crépitant au premier degré d'une pneumonie intermittente, c'est d'apparaître presque toujours sous forme humide. Je ne l'ai vu que deux ou trois fois sur plus de soixante pneumonies intermittentes, craquer comme du parchemin, et encore ne restait-il que fort peu de temps sous cette forme. Parti d'un point très-limité, il envahit très-rapidement de grandes surfaces. Son siége presque constant est aux parties postérieures, quelquefois sur les côtés, jamais en avant, du moins je ne l'y ai jamais trouvé.

9° Les pneumonies intermittentes occupent presque toujours la partie postérieure des poumons, surtout le lobe inférieur, rarement les côtés sous les aisselles.

10° Elles règnent en été et en automne, c'est-à-dire dans la saison des fièvres paludéennes ; tandis que les pneumonies franches s'observent principalement l'hiver et le printemps.

11° Elles attaquent tous les âges indistinctement, les petits enfants exceptés, sauf plus ample informé.

12° Si l'on pratique une saignée, le sang qui sort de la veine est manifestement au-dessous de la température normale. Il est très-noir, plus fluide et moins plastique que dans l'état normal, et *à fortiori* que dans les phlegmasies pulmonaires. Dès qu'il est au repos dans le vase, il prend à la surface une teinte bleuâtre, teinte qui est beaucoup plus prononcée si le malade a déjà pris de la quinine. Le caillot est lent à se former, il est mou, et se laisse facilement labourer en tout sens par le doigt, sans grande résistance. Il n'y a pas ordinairement de couenne inflammatoire, et lorsqu'elle existe, elle est très-mince, tirant sur le bleu, et facile à déchirer. La sérosité semble moins abondante qu'elle ne l'est en réalité, parce qu'elle reste, pour la plus grande partie, combinée avec le caillot.

Le caractère tiré du sang (abaissement de température, diffluence, teinte noire bleuâtre, absence ou ténuité de la couenne) est un des trois meilleurs signes (les deux autres étant la mollesse du pouls et la rapidité de l'hépatisation) pour faire distinguer au praticien les pneumonies intermittentes des autres. Bien souvent ce signe a été pour moi, surtout dans les commencements de ma pratique, un éclair qui venait me mettre sur la voie du diagnostic, qui m'arrêtait au milieu d'une saignée que je me proposais de faire large et abondante pour combattre une pneumonie que je croyais ordinaire, ou qui, me faisant immédiatement reconnaître la nature du mal, me faisait bien vite abandonner la pensée de renouveler la saignée.

C'est avec raison que l'on distingue : 1° les pneumonies franchement intermittentes ; 2° les pneumonies continues, avec accès intermittents, maladies compliquées où les deux éléments, inflammatoire et intermittent, sont indépendants l'un de l'autre, se développent parallèlement sans se confondre, et exigent chacun leur traitement spécial.

Nulle part ces deux espèces de pneumonies ne se manifestent plus clairement que dans notre pays. En effet, ici, comme partout, nous avons, l'hiver, des pneumonies franchement inflammatoires. Mais à mesure que le froid disparaît pour faire place aux chaleurs, et qu'avec celles-ci les exhalaisons paludéennes envahissent l'atmosphère, l'élément inflammatoire décline progressivement pour laisser prendre le dessus à l'élément intermittent, et cela avec une régularité assez constante pour que tous les ans, depuis quatre ans que j'exerce la méde-

cine dans ce pays (j'étais auparavant en Afrique, ce pays de prédilection des fièvres simples et pernicieuses), il m'ait été donné de pouvoir diviser les pneumonies que j'ai observées en trois catégories bien tranchées suivant les saisons :

1° *En hiver*, pneumonies franches ; 2° *au printemps*, pneumonies inflammatoires, compliquées d'accès intermittents ; 3° *en été et en automne*, pneumonies intermittentes. Les premières cèdent facilement aux évacuations sanguines et aux antimoniaux ; les secondes, au traitement antiphlogistique et à la quinine, simultanément ou successivement employés ; et les dernières, à la quinine seule, ou aidée des révulsifs externes, tels que sinapismes, vésicatoires volants, etc.

Mais il est d'autres pneumonies que j'appellerai *mixtes*, pour les distinguer des autres, et qui ne peuvent rentrer, à mon avis, dans aucune des catégories précédentes. Ce sont des pneumonies où les deux éléments, inflammatoire et intermittent, existent sans contredit, mais où, au lieu de marcher parallèlement, sans se confondre, comme dans les pneumonies *compliquées* d'accès intermittents, ces éléments sont tellement pondérés, combinés, enchevêtrés, qu'ils sont inséparables l'un de l'autre, qu'ils s'influencent réciproquement, et que, tout en ne pouvant guérir chacun que par leur traitement approprié, ces deux traitements néanmoins, simultanément appliqués, se nuisent réciproquement l'un à l'autre. Si vous employez les antiphlogistiques seuls, vous pourrez bien arrêter la marche de la pneumonie pour un ou deux jours, mais tenez pour certain qu'au prochain accès de fièvre, la fluxion de poitrine sera tout aussi intense, sinon plus intense que la première fois ; chaque accès nouveau vous fait perdre le terrain gagné par la médication antiphlogistique. Si, d'un autre côté, vous administrez la quinine en même temps que les antiphlogistiques, l'efficacité de ceux-ci en est amoindrie ; la résolution de la phlegmasie est lente, incertaine, et souvent ne se fait pas. D'un autre côté, il est impossible de songer à donner la quinine seule en commençant, parce que, les accès pouvant exiger plusieurs jours pour être coupés, vous avez toute espèce de chances pour que le traitement antiphlogistique n'arrive plus à temps. Ces cas sont les plus embarrassants, parce que le praticien se trouve enfermé dans un cercle vicieux thérapeutique, sans pouvoir trouver une issue pour en sortir. A l'appui de ce que j'avance, je citerai l'exemple suivant :

Obs. II. Le 4 juin 1851, à six heures du soir, je suis appelé en toute hâte auprès de la nommée Françoise Bourthoumieu, fille âgée de quarante-deux ans, tempérament lymphatique, constitution assez forte, mais sans énergie, à teint autrefois assez coloré, mais depuis quelques mois blafard, étiolée par une mauvaise nourriture et un séjour habituel dans un loge-

ment au rez-de-chaussée, étroit et humide. Je la trouve couchée dans son arrière-magasin d'épicerie, sans air ni lumière. Elle était dans l'état suivant : fièvre intense, pouls assez fort, large, précipité, à 120, mais souple et assez dépressible; peau brûlante, et tout le corps inondé par une sueur abondante qui a détrempé sa chemise et ses draps. Elle se plaint d'une forte oppression et d'une douleur gravative au côté droit, un peu au-dessous et en dedans du mamelon, presque sur le sternum ; douleur qui l'empêche de donner aux mouvements respiratoires toute leur ampleur. Céphalalgie très-forte, physionomie animée, anxieuse et crispée par la souffrance. La percussion et l'auscultation, pratiquées avec le plus grand soin, me prouvent, contre toute attente, que les fonctions respiratoires sont dans un état parfaitement normal, sauf toutefois l'expansion vésiculaire plus faible à droite qu'à gauche, différence manifestement due à la crainte qu'a la malade d'augmenter sa douleur de côté, en donnant au jeu du diaphragme et des côtes toute son amplitude. Au reste, ni râle, ni crépitation, ni crachats sanguinolents; en un mot, aucun signe physique soit de bronchite, soit de pneumonie, malgré tout le soin que je mis dans mon examen pour saisir au début la pleuro-pneumonie dont cette fille paraissait menacée.

Remontant alors aux antécédents, j'appris que ce violent accès fébrile dont je suis témoin a débuté à onze heures du matin, ce jour-là même, par un froid intense, d'une durée indéterminée, à la suite duquel s'est déclarée une chaleur très-vive, bientôt suivie elle-même de cette sueur abondante signalée plus haut. Sachant par expérience combien sont fréquentes dans ce pays les fièvres intermittentes simples, larvées et pernicieuses, j'hésite d'abord entre une de ces fièvres revêtant la forme d'une pneumonie, et une pleuro-pneumonie franchement inflammatoire; et dans cette incertitude, pour donner à la maladie le temps de se dessiner, je me contente de prescrire la diète absolue et une boisson délayante tiède.

Le lendemain 5 juin, désireux de connaître ce qui était advenu, je me transporte de très-bonne heure chez la malade. Quel fut mon étonnement, en examinant la poitrine, de trouver le poumon droit, que j'avais laissé la veille dans un état parfaitement sain, de le trouver, dis-je, le siége d'une pneumonie au deuxième degré, avec matité dans toute la région postérieure droite, sauf le tiers inférieur; absence complète de respiration vésiculaire dans cette même étendue, souffle tubaire des plus prononcés, retentissement de la voix sans égophonie, et tout cela survenu dans l'espace de douze heures! Le lobe inférieur lui-même est le siége d'un râle sous-crépitant à grosses bulles. La respiration est bonne en avant, là où précisément et seulement la malade éprouve de la douleur. Toux assez rare; expectoration de quelques crachats filants, d'un jaune-citron très-clair; pouls à 110-112; peau chaude et un peu moite; soif considérable; inappétence complète; langue presque nette; céphalalgie persistante.

La rapidité seule de la marche de cette pneumonie, qui arrive au deuxième degré, d'emblée, ou du moins dans l'espace de moins de douze heures me prouva immédiatement que j'avais affaire à une pneumonie anormale, dominée par l'état intermittent. Le mal étant dans une espèce de rémittence, je pratiquai, en raison de la violence des symptômes, et de la saison qui n'était pas encore très-chaude, une saignée de 400 grammes, et immédiatement après j'ordonnai 1 gramme 10 de sulfate de quinine en dix pilules, à

prendre deux par deux toutes les heures; sinapismes aux extrémités inférieures.

A cinq heures du soir, je revis la malade; je la trouvai à peu près dans le même état que le matin. Le sang était recouvert d'une couenne franchement inflammatoire d'une ligne d'épaisseur. L'engorgement pulmonaire était le même, et le pouls conservait presque la même force. Je rouvris la veine et laissai couler encore 300 grammes de sang; infusion de mauve tiède, diète absolue; sinapismes fréquemment renouvelés aux cuisses, jambes, cous-de-pieds; autres dix pilules de quinine *ut suprà*. L'accès ne revint pas ce jour-là.

Le 6 juin. Même état; persistance de l'engorgement pulmonaire, qui n'a ni augmenté ni diminué; mais cette fois retour, à onze heures du matin, d'un accès de fièvre, sans frisson ni froid. Le sang de la deuxième saignée, comme celui de la première, est recouvert d'une couenne inflammatoire, mais beaucoup moins épaisse; pouls également fréquent, mais moins fort, plus petit. Je remplace les saignées par 0,25 d'émétique dans une potion gommeuse à prendre par cuillerées toutes les heures et demie ou deux heures, suivant la tolérance, et je continue le sulfate de quinine à la dose de 1,10. J'ordonne en même temps le transport de la malade dans une chambre voisine plus saine, ce que je n'avais pu obtenir jusque-là.

Le 7 juin. Sous l'influence de ce traitement mixte, je constate une amélioration très-sensible. Le pouls est tombé à 90; la respiration est moins haute et moins fréquente; la douleur de côté a diminué d'intensité, et l'agitation générale des premiers jours s'est calmée; la toux et les crachats ont complétement disparu. La céphalalgie est très-supportable, et la malade ne se plaint plus que d'un bourdonnement continuel dans la tête, dû à l'ingestion du sulfate de quinine. La physionomie, pour la première fois, s'est détendue, est devenue calme, et la voix, jusque-là très-faible, a repris son timbre normal. J'ose espérer enfin que la convalescence va s'établir bientôt; la matité et le souffle tubaire ont disparu totalement pour faire place à un râle sous-crépitant à grosses bulles, en tout semblable à celui qui n'a jamais cessé de se faire entendre dans le lobe inférieur. La résolution de la pneumonie était évidemment en bonne voie. Émétique et quinine *ut suprà*.

Le 8 Juin. Mais dès le lendemain, un nouvel accès fébrile se déclare, malgré la continuation non interrompue de la quinine. Il survient en outre des vomissements assez fréquents. La matité et le souffle tubaire ont de nouveau reparu dans les deux lobes supérieurs du poumon droit, l'inférieur persistant toujours dans son râle sous-crépitant. Potion avec : émétique, 0,15; oxyde blanc d'antimoine, 3 grammes; laudanum de Syd., 10 gouttes, ce dernier à cause des vomissements; sinapisme, grand vésicatoire de 5 pouces, qui par suite des mouvements de la malade dénuda toute la partie postérieure du côté droit et la plus grande partie du côté gauche.

Inutile de suivre pas à pas et minutieusement la marche de la maladie pendant les sept jours qui suivirent, car durant ce laps de temps la maladie conserva la même physionomie. Les redoublements continuèrent à venir tous les jours, mais de moins en moins forts, à onze heures du matin, et cédèrent complétement après le 8e gramme de quinine employé. Mais l'engorgement pulmonaire persista toujours et au même degré, malgré la continuation de l'émétique seul ou mitigé par l'oxyde blanc d'antimoine. La tolérance était devenue bientôt complète. La malade allait s'affaiblissant un peu tous les

jours ; la physionomie s'altérait, les yeux s'excavaient et se cernaient d'un grand cercle bleuâtre, la voix s'affaiblissait et reprenait par moments. Dès que cette faiblesse se manifesta, je suspendis les antimoniaux et les remplaçai par de l'eau vineuse, que la malade réclamait avec instance, pour combattre les fréquentes faiblesses qu'elle éprouvait. — Le 10, il se déclara spontanément des évacuations alvines très-abondantes et d'une horrible fétidité ; ces évacuations continuèrent les jours suivants, malgré la suspension des antimoniaux, mais avec plus de modération. — Le 11 juin, le grand vésicatoire, très-difficile à panser à cause de la faiblesse de la malade, fut remplacé par un nouveau placé sous l'aisselle droite.

Le 15 juin, la malade semblait à toute extrémité. Elle me fait appeler à cinq heures du matin, disant qu'elle suffoquait, me priant de lui donner en grâce un remède pour la calmer. En effet, l'agitation générale était extrême, la respiration excessivement fréquente, haute et bruyante, comparable au bruit d'une scie mue avec une grande vitesse. Les phénomènes physiques de la pneumonie persistaient. Dans le but de procurer à la malade une agonie tranquille, et pour faire cesser cet état si pénible pour elle et les assistants, je lui prescrivis *in extremis* une potion calmante avec 0,05 de sulfate de morphine et 30 grammes de sirop diacode, avec la recommandation expresse de ne lui en donner qu'une cuillerée toutes les heures, et de s'arrêter dès que le calme commencerait à s'établir ; et je me retirai avec la conviction intime que la malade allait succomber dans la soirée. Par suite d'un malentendu, la potion fut avalée jusqu'aux dernières gouttes en quelques quarts d'heure. A cinq heures du soir, lors de ma visite, mon étonnement fut grand de trouver un changement radical et inattendu dans l'état de la malade. Je la trouvai avec une physionomie souriante, mais un peu égarée, causant tranquillement avec ses parents, et d'une voix accentuée, m'accueillant par des paroles de reconnaissance pour ma potion merveilleuse, et accusant elle-même un bien-être et une tranquillité dont elle n'avait pas encore joui dans tout le cours de sa maladie. La respiration, naguère si agitée et si bruyante, était redevenu calme et médiocrement fréquente. Je m'informe auprès des parents, et j'apprends que ce calme datait de la deuxième cuillerée de la potion ; que sous son influence la malade avait reposé deux heures. Les forces elles-mêmes ont repris, car la malade, qui pouvait à peine auparavant se retourner dans son lit pour le pansement des vésicatoires, peut maintenant se tenir assise pour nous permettre d'explorer ses poumons, que j'avais laissés en si mauvais état. Je marchais de surprise en surprise ; le poumon droit, qui était hépatisé depuis le 8 juin, et que j'avais trouvé dans le même état le 12, à huit heures du soir (la faiblesse extrême de la malade m'avait empêché de l'explorer journellement depuis cette époque), était en partie redevenu perméable, car le râle sous-crépitant à grosses bulles avait remplacé le souffle tubaire, et la matité avait considérablement diminué d'étendue. Ces signes, souffle tubaire et matité, ne persistaient plus que dans la fosse sous-épineuse droite, dans un très-petit espace. C'était, en un mot, une vraie résurrection ! Etait-ce l'effet d'une excitation passagère de l'opium, ou bien des évacuations abondantes et fétides qui eurent lieu dans cette même journée, malgré l'emploi de ce narcotique (car j'avais oublié de signaler cette espèce de crise intestinale) ? c'est ce qu'il m'est impossible de dire. Quoi qu'il en soit, ma curiosité de médecin et l'espoir renaissant de conserver peut-être cette malade naguère dans un état dés-

espéré, me poussèrent à me rendre de bonne heure auprès d'elle le 16.

Mais la scène avait bien changé : je la trouvai la figure cadavéreuse, les yeux enfoncés avec cercle noirâtre, abattement plus profond que jamais; la voix seule conservait encore une certaine fermeté. Soif continuelle, langue sèche et parcheminée. La diarrhée continue ; faiblesse très-grande. Dans le but de faire cesser, ou du moins de modérer cette diarrhée, peut-être aussi avec l'espoir de reproduire les bons effets de la veille, je prescris 0,05 d'opium. Le poumon s'est de nouveau hépatisé, et ce n'est plus que par places isolées que l'on distingue çà et là quelques bulles de râle sous-crépitant. Pouls à 130, très-petit ; respiration redevenue anxieuse, très-fréquente et aussi bruyante que la veille.

A cinq heures du soir, l'agonie précipitait sa marche, toute connaissance avait disparu, et enfin la mort arriva dans la soirée, à huit heures environ, le treizième jour de la maladie. Il ne me fut pas permis de faire l'autopsie.

Les cas semblables au précédent ne sont pas rares dans notre pays. Je dirai même qu'ils constituent à eux seuls la grande moitié des cas de ces pneumonies que, faute de mieux, je suis obligé d'appeler avec les auteurs *pneumonies compliquées d'accès intermittents.* Je ne conteste pas qu'il n'y ait là un élément inflammatoire, l'état couenneux du sang met ce point hors de doute ; mais je prétends que cet élément joue dans ces affections un rôle moins important que l'élément intermittent, du moins dans nos contrées. Nous voyons, en effet, le traitement antiphlogistique venir à bout, en très-peu de temps, de la phlegmasie, faire rétrograder promptement celle-ci du deuxième au premier degré ; mais vienne un nouvel accès de fièvre, le poumon se congestionne de nouveau, et oblige le médecin à recommencer le traitement sur nouveaux frais, mais cette fois avec moins de succès. D'un autre côté, si je considère la rapidité de l'hépatisation (en moins de douze heures), sa disparition complète le 7 au matin, son retour le 8 avec l'accès, sa rapide extension à une grande étendue du poumon, sa persistance au deuxième degré, sans jamais tendre à passer au troisième, sa résolution partielle et subite le 15, après huit jours de durée (résolution incompatible avec une lésion de tissu, comme il en aurait existé à cette époque dans une pneumonie inflammatoire) ; si je considère, en outre, la violence du frisson initial, l'abondance de la sueur, la céphalalgie intense, l'état même du pouls qui perd toute sa force après les deux saignées du premier jour pour devenir petit et dépressible ; si je pèse, dis-je, toutes ces circonstances, je trouve là tous les caractères propres aux pneumonies intermittentes proprement dites.

Quoi qu'il en soit de mon opinion, je vous livre les faits tels que je les ai observés, laissant aux esprits généralisateurs à en tirer les déductions qui en découlent.

H. Constant, D. M.
à la Française.

# THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

## DE L'EMPLOI DE L'ÉLECTRICITÉ D'INDUCTION DANS LE TRAITEMENT DES PARALYSIES DE CAUSES TRAUMATIQUES.

Pour bien apprécier la valeur d'un moyen thérapeutique, il importe de se rendre compte d'abord des conditions nouvelles créées dans l'organisme par la maladie ; aussi avons-nous cherché, dans nos articles précédents, à poser la doctrine pathologique qui nous semblait le mieux ressortir de l'observation des faits cliniques. Si nous avons insisté principalement sur les lésions du mouvement, et, dans l'évolution du phénomène morbide qui la constitue, sur la localisation de la maladie dans la trame musculaire, c'est que les mêmes considérations s'appliquaient aux lésions du sentiment. La peau est le siége principal de la sensibilité, comme les muscles le sont du mouvement. Or, c'est là où le phénomène se produit à l'état normal, qu'il se trouve anéanti par la cause morbide, et, cette dernière combattue par la médication générale, c'est vers le point de l'organisme où la maladie est localisée que doivent alors être dirigés les moyens qui constituent la médication secondaire.

C'est avec la plus grande réserve, nos lecteurs le savent, que nous nous livrons à ces sortes d'études de physiologie pathologique ; aussi est-ce après les avoir offertes à la discussion, non-seulement à la Société de médecine, mais encore à la Société de chirurgie, sans qu'aucune objection ait été élevée, dans l'un et l'autre de ces corps savants, contre notre manière d'envisager le phénomène morbide, que nous nous hasardons à produire ces considérations. Ce qui nous y engage, c'est que ces données doivent permettre au praticien de se placer au point de vue de la médication, de préférence à celui du moyen thérapeutique. Ce résultat n'est pas toujours possible, aussi est-ce un progrès réel lorsqu'on peut le réaliser. La pratique alors marche plus sûrement vers son but, la guérison de la maladie, et l'atteint plus facilement.

La doctrine pathologique établie et sanctionnée par l'observation clinique, l'induction pourra en appliquer les données à d'autres faits pathologiques. Nous en avons fourni la preuve dans nos considérations sur la déviation de l'omoplate par le spasme des muscles rhomboïde et angulaire ( torticolis postérieur ), et ces faits ne sont pas les seuls qui doivent être éclairés par cette étude.

Négligeons un instant ce point de vue de la question, pour nous en tenir au traitement des paralysies de cause traumatique. Les ob-

servations que nous avons publiées montrent qu'il existe deux espèces de paralysies : 1° celles qui ne présentent aucune lésion de nutrition des muscles ; 2° celles dans lesquelles l'atrophie musculaire a suivi la perte du mouvement volontaire.

On conçoit facilement que la mise en œuvre du moyen curateur doit varier en présence de deux résultats morbides aussi tranchés. Dans les derniers cas, il faut reproduire les muscles atrophiés avant de songer à leur rendre le mouvement. C'est ce résultat thérapeutique que le mémoire de M. Duchenne met principalement en relief. Les faits rapportés dans ce travail y sont en trop grand nombre, pour qu'on puisse émettre, dorénavant, le moindre doute sur la valeur de l'intervention de l'électricité dans ces cas. En présence de la démonstration de ce fait nouveau, la reproduction d'un muscle atrophié par suite de la privation temporaire de l'influx nerveux, fait qui élargit la sphère d'action de la thérapeutique, nous pardonnons volontiers à notre confrère de s'être complu dans son exposition, car il l'a mis hors de toute contestation.

Notre rôle de vulgarisateur nous impose d'autres devoirs ; nous n'avons pas seulement à démontrer les résultats thérapeutiques, il nous faut encore tracer la marche qui permettra aux praticiens de faire bénéficier leurs malades du progrès réalisé.

Afin de faciliter notre tâche et d'être mieux compris, nous allons prendre un exemple. A la suite d'un coup, d'une chute, accompagnés ou non de luxation, un membre peut être atteint de paralysie. La lésion du mouvement volontaire n'est pas ce qui attire tout d'abord l'attention, du moins lorsqu'elle est assez évidente pour être constatée ; le praticien rapporte les accidents au traumatisme subi par les tissus, la seule indication alors est de combattre ces premiers effets de la violence. Lorsque l'art en a triomphé, si les mouvements volontaires demeurent impossibles, il importe alors d'étudier l'état des propriétés vitales des muscles. Un septénaire au moins s'est toujours écoulé. Si vous localisez alors l'excitation électrique dans chacun des muscles paralysées, vous pouvez être témoin de trois ordres de phénomènes : 1° certains des muscles paralysés se contracteront d'une manière normale ; 2° d'autres réagiront faiblement ; 3° enfin les derniers resteront complétement immobiles, quelle que soit l'énergie du courant électrique.

En présence de ces phénomènes, l'expérience a démontré que : 1° les muscles qui ont conservé leur irritabilité et doivent à cette propriété de pouvoir répondre d'une façon normale à l'excitation électrique, peuvent guérir dans un temps peu éloigné ; 2° que les seconds,

dont l'irritablilité n'a été atteinte qu'en partie, ne recouvreront leurs mouvements volontaires qu'au bout d'un temps plus considérable; 3° qu'enfin les derniers doivent subir séparément une altération de leurs propriétés nutritives ; quoi qu'on fasse, ils s'atrophieront.

Nous venons de rappeler que : 1° les mouvements volontaires pouvaient revenir spontanément dans les muscles paralysés qui avaient conservé leur irritabilité : cependant, l'expérience a démontré qu'ils reparaîtront plus sûrement et beaucoup plus vite si vous les soumettez à l'excitation électrique; 2° quant aux seconds, il y a nécessité à agir immédiatement, parce que, si l'on s'en fie au temps, il arrivera souvent que la paralysie persistera des années; 3° quant aux derniers, c'est-à-dire ceux qui ne réagissent pas lors de l'excitation électrique, l'intervention de l'agent physique n'aurait qu'un but, celui de suppléer l'incitation nerveuse qui fait défaut. L'observation du malade Vambelle semble nous prouver que cette substitution de l'excitation électrique à l'incitation nerveuse n'a pas l'influence favorable que certains physiologistes lui ont accordée.

Dans ces derniers cas, qui sont de beaucoup les plus graves, puisque les propriétés de la vie organique sont atteintes en même temps que celles de la vie normale, il est un symptôme sur lequel nous devons nous arrêter un instant, c'est la sensibilité électro-musculaire. Les muscles, comme les autres appareils organiques de la vie animale, le cerveau, l'œil, l'oreille, ont une sensibilité qui leur est propre. Cette sensibilité, ainsi que Bichat l'a fort bien fait remarquer, est diverse, selon chacun de ces organes, et se trouve révélée seulement par la répétition trop prolongée de leur activité. Tout le monde a éprouvé ce sentiment particulier de fatigue que nous nommons lassitude.

Cette sensation n'est pas provoquée seulement par les contractions musculaires répétées. La propriété vitale à laquelle est due cette sensibilité particulière peut être atteinte par les causes morbides, témoin cette sensation de courbature qui caractérise l'invasion de beaucoup de maladies.

L'étude des paralysies traumatiques nous offre un exemple de l'abolition complète de cette sensibilité animale. Lorsque vous soumettez un muscle paralysé, par suite d'une violence, à l'action d'un courant électrique, vous voyez quelquefois disparaître la sensation particulière que les muscles sains subissent pendant l'action de l'agent physique. Cette sensation spéciale doit toujours être consultée, car son état fournit des signes précieux au point de vue du pronostic; ainsi, quand elle n'est pas complétement abolie après la perte du mouvement volontaire, elle témoigne que les muscles restent en communication avec

les centres nerveux, et qu'un traitement électrique peut alors intervenir avec efficacité.

Maintenant que toute la donnée pathologique est posée, et avec elle les indications diverses qui en découlent, il nous reste à examiner les moyens spéciaux qui doivent amener la guérison.

Nous devrions, ici, discuter les sources qui fournissent l'agent électrique, afin de choisir celle qui répond le mieux aux indications posées par les phénomènes morbides ; mais c'est un point que nous examinerons plus utilement lorsque nous aurons étudié toutes les espèces de paralysies dans lesquelles l'électricité peut intervenir avec succès.

Dans les cas de paralysies de cause traumatique, comme les centres nerveux sont intacts, tout appareil qui présentera des intermittences lentes et rapides, à volonté, et qui sera en même temps doué d'une très-grande puissance, pourra être employé utilement.

Pour nous, nous préférons l'électricité d'induction à l'électricité galvanique. La raison en est facile à comprendre : cette dernière, outre son action physiologique, qui provoque la contraction, produit toujours des phénomènes physiques et chimiques intenses; et comme dans les paralysies traumatiques, surtout celles dans lesquelles la nutrition musculaire a été atteinte, l'électricité doit être administrée à haute dose et pendant un temps très-long, on ne pourrait, sans de graves inconvénients, exposer les membres à l'action destructive de cette source électrique.

D'ailleurs, ce qu'il faut au médecin, c'est un moyen qui lui permette de remplir les indications diverses posées par la maladie ; or, des diverses sources d'électricité, l'induction seule réunit toutes les conditions posées par le traitement des paralysies. L'action limitée de cette espèce d'électricité, la commodité et le peu de volume des appareils qui la produisent font que la thérapeutique trouve aujourd'hui, dans cet agent physique, un moyen curateur puissant.

Nous devons dire un mot de l'électricité d'induction, car nos lecteurs en chercheraient en vain une description courte et précise dans les traités classiques de physique. La découverte de cette nouvelle source d'électricité est due à M. Faraday. Mais pendant que le savant physicien anglais était conduit à cette découverte par les faits observés par M. Jenkins, le hasard conduisait sur la voie des mêmes phénomènes un jeune professeur de physique du collége de Caen, M. A. Masson. Si les difficultés qu'un expérimentateur rencontre en province n'ont pas permis à notre compatriote de revendiquer cette découverte brillante, nous devons maintenir le droit qu'il a de réclamer la priorité de l'étude des effets physiologiques et thérapeutiques de cette nouvelle source de l'agent

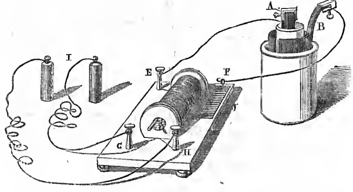
électrique. Non-seulement, dans ce travail publié en 1837, M. Masson a signalé les résultats curieux de l'électricité d'induction au point de vue physiologique, mais ce savant physicien a rendu compte de plusieurs cas de paralysie traités et guéris par l'emploi des appareils d'induction. Malheureusement, ce mémoire si curieux est resté enfoui dans un journal que les médecins ne lisent pas (Annales de physique et de chimie, deuxième série, tome LXVI, p. 5, année 1837) ; aussi est-il complétement ignoré. Savant aussi instruit que modeste, M. Masson, aujourd'hui que la valeur de l'électrisation par les appareils d'induction est mise en lumière, n'a fait aucune réclamation ; et c'est dans une thèse que le hasard a placée dans nos mains, que nous trouvons signalée la part si large qui lui revient dans les recherches sur l'électricité d'induction ; nous y trouvons cette phrase : « Les résultats constatés, que j'ai obtenus moi-même dans plusieurs cas de paralysies, ont pu me convaincre que j'avais trouvé le véritable et unique moyen d'appliquer l'électricité à l'art de guérir. »

A ce savant physicien revient donc l'honneur de la démonstration que l'électricité d'induction était appelée à remplacer toutes les autres sources d'électricité dans le traitement des paralysies. Il est à regretter que les médecins témoins des premiers succès de M. Masson n'aient pas poursuivi avec lui l'étude de ces faits si importants pour la thérapeutique.

Heureusement pour la science, M. Duchenne, reprenant, à notre instigation, cette étude, et quoique privé des éléments précieux publiés par M. Masson, arrivait, par la voie de l'expérimentation clinique, à prouver la valeur de l'électricité d'induction par des faits nombreux, et à formuler les indications de son emploi dans chaque espèce de paralysie. Témoin ainsi des bienfaits rendus par la découverte de M. Faraday, et pour en consacrer le souvenir, M. Duchenne a donné à cette électricité nouvelle le nom de *faradisme*, et à sa mise en œuvre celui de *faradisation* : ces mots nouveaux auront l'avantage, lorsqu'ils seront familiers dans le langage de la science, de spécifier la source de l'agent électrique. M. Duchenne a eu l'heureuse idée de répéter à l'égard de M. Faraday ce qu'on a fait à l'égard de Galvani. Lorsqu'on emploie l'électricité de contact, on dit : Je galvanise, il est soumis à la galvanisation ; bientôt on dira : Je faradise, le malade fut soumis à la faradisation. Si nous n'avons pas adopté ces dénominations nouvelles, pour nous en tenir à l'expression générique d'électrisation, c'est que nous avons dit tout d'abord qu'il ne serait question, dans ce travail, que de l'emploi de l'électricité d'induction.

Si l'on vient à faire passer un courant électrique, fourni par une

pile voltaïque ou un aimant, à travers un fil de cuivre d'une certaine longueur, recouvert de soie et enroulé sur une bobine, chaque fois que le courant de la pile ou de l'aimant est interrompu ou rétabli, il se développe dans les spires de la bobine un courant électrique, que M. Faraday a désigné sous le nom de courant par induction. Ce courant acquiert une action plus énergique, si le centre de la bobine est formé par une botte de fils de fer doux. Ces fils deviennent alors un aimant temporaire, qui influence à son tour le courant produit par induction dans le fil de cuivre, et augmente son intensité dans des proportions considérables.



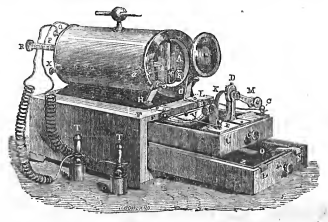
(Fig. 1.)

Le premier appareil construit sur ces données, par M. Masson, est représenté fig. 1. Une pile de Bunsen A, B produit le courant initial, qui va influencer les spires de la bobine. Chaque fois qu'on interrompt le courant de la pile, par suite de l'influence que ces spires du conducteur exercent les unes sur les autres, il se développe un courant par induction, qui est transmis en G et H aux excitateurs I. Les fils de fer sont mobiles au centre de l'appareil, et servent à graduer l'intensité du courant; plus on diminue leur nombre, moins le courant est fort. Les intermittences s'obtiennent en promenant l'extrémité de l'un des conducteurs de la pile F sur les dents de la plaque J.

Cet appareil ne fournit pas toutes les ressources que la thérapeutique est en droit d'attendre, actuellement, de l'emploi des courants d'induction. M. Henry, de Philadelphie, a démontré qu'en enroulant sur le premier fil de la bobine un second fil également recouvert de soie, mais beaucoup plus long, au moment où le courant de la pile traverse le premier fil, il se formait dans les spires du second fil un nouveau courant, dont l'action physiologique est beaucoup plus prononcée. Dans la plupart des appareils d'induction dont on se sert aujour-

d'hui dans la pratique médicale, on a substitué l'emploi de ce second courant à celui qui se développe dans le premier fil.

M. Duchenne ayant étudié l'action physiologique de chacun de ces courants, avec un grand soin, n'a pas tardé à reconnaître que s'ils possèdent tous deux le pouvoir de déterminer la contractilité électro-musculaire, le courant de premier ordre provoque cette action d'une manière plus énergique que le courant de deuxième ordre, et sans affecter la sensibilité de la peau autant que ce dernier. Aussi en a-t-il conclu que le courant de premier ordre devait être employé de préférence dans le traitement des paralysies du mouvement volontaire ; tandis qu'on devait réserver le courant de deuxième ordre pour le traitement des anesthésies. Non-seulement la nature des courants, mais le mode adopté dans leur administration, influe encore sur leur manière d'agir. Les intermittences rares permettent de localiser les courants les plus intenses dans le tissu musculaire, sans produire de douleurs ; les intermittences rapides agissent sur la sensibilité musculaire et sur la sensibilité cutanée, en raison directe de la rapidité du courant. Enfin, l'excitation électrique doit pouvoir se graduer selon le degré de paralysie des muscles affectés.



(Fig. 2.)

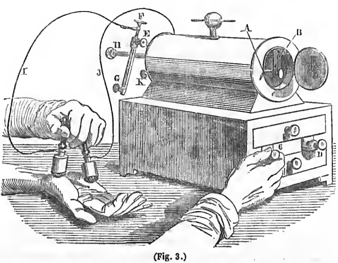
Ainsi, pour être complet, un appareil doit posséder les deux courants, permettre de régler à volonté la durée des intermittences, selon les indications particulières ; il doit enfin posséder un mode de graduation qui permette de mesurer les doses électriques ; car chaque organe possède un degré d'excitabilité spéciale, variable dans l'état de maladie, comme dans l'état de santé. C'est parce que l'appareil volta-électrique, construit par M. Charrière, répond à ces diverses con-

ditions, que nous le recommandons au choix de nos confrères.

Le premier modèle de l'appareil volta-électrique de M. Duchenne (fig. 2) se composait : 1° d'une pile o ; 2° d'une bobine formant système d'induction ; 3° d'un graduateur R ; 4° d'un rhéomètre V ; 5° d'une roue dentée D, mue par une manivelle M ; 6° d'un commutateur A. La multiplicité des contacts était une cause d'interruption fréquente dans le jeu de l'appareil ; aussi, écho des plaintes des confrères qui possèdent cet appareil, M. Duchenne s'est ingénié à simplifier sa construction. La suppression du système de la roue dentée lui a permis de faire disparaître ces contacts nombreux, qui étaient une cause fréquente de dérangement dans la production des courants, et le modèle que nous publions ne peut plus se déranger.

1° Dans ce nouveau modèle (fig. 3) l'appareil est mis en jeu, comme le précédent, par une *pile* plate, de l'invention de M. Duchenne. Cette pile se compose, comme celle de Bunsen, d'un charbon et d'un zinc. Le tout est renfermé dans le tiroir inférieur, et comme dans le modèle ci-dessous (o. z., fig. 2).

2° *Bobine*. Cette partie est cachée dans l'appareil de M. Duchenne ; aussi, pour faire comprendre ce qu'est un système d'induction, nous nous




(Fig. 3.)

sommes servi d'un autre appareil (fig. 1). Dans le modèle de M. Duchenne, les deux courants, celui de premier ordre et celui de deuxième ordre, peuvent être alternativement recueillis, et appliqués suivant les indications thérapeutiques. Les fils du courant de deuxième

ordre sont soudés aux boutons supérieurs E, ceux du courant de premier ordre aux boutons inférieurs K. A l'extrémité du bouton E se trouve placé un petit tube F, dont nous allons indiquer l'usage.

3° Le *graduateur* est un tube de cuivre rouge qui enveloppe la bobine. Une tige H est destinée à l'attirer ou le repousser sur cette bobine; elle porte à sa partie supérieure une échelle de graduation divisée en 90 millimètres. L'action de ce graduateur est fondée sur ce pouvoir, découvert par M. Duchenne, qu'a un tube en cuivre de dépouiller les spires de la bobine du courant que l'induction y produit. Si le graduateur découvre la moitié de la bobine, les spires de cette moitié s'influencent les uns les autres et donnent un courant moins énergique; plus la tige est tirée, plus le courant gagne en intensité.

Lorsque le tube graduateur recouvre entièrement la bobine, il ne dépouille pas les fils d'une manière complète, et le faible courant qui persiste, appliqué sur des parties sensibles, comme les muscles de la face, pourrait provoquer encore des sensations douloureuses. Pour prévenir ce résultat, M. Duchenne fait ajouter à l'un des bouts qui transmet le courant de deuxième ordre E un second graduateur, qu'il appelle modérateur. Ce modérateur F se compose d'un tube de verre plein d'eau, le liquide est traversé par une tige de métal. Pour en faire usage, on fixe le fil conducteur I au bouton inférieur du tube G. Le courant, ayant alors à traverser une couche de liquide, qui est mauvais conducteur, diminue d'autant plus d'intensité que l'extrémité de la tige métallique est plus éloignée du bouton G. A l'aide de ce modérateur, la puissance de l'appareil peut être considérablement atténuée, et le graduateur H vient de nouveau servir à mesurer ces courants affaiblis et permet d'en limiter l'action au muscle le plus irritable.

4° Le rhéomètre est une boussole V, placée dans le tiroir supérieur V (fig. 2), destinée à mesurer l'intensité du courant initial. Cette partie est simplifiée dans le nouveau modèle, et la suppression de la roue dentée, K, D, M, laisse ce second tiroir presque vide; de sorte qu'on y renferme tous les instruments accessoires.

5° Le *commutateur*, ou l'agent d'interruption des courants, se compose d'une plaque de fer doux mobile A, et d'une vis platinée S, contre laquelle la plaque est repoussée par un petit ressort.

Lorqu'on veut *mettre l'appareil en action*, on verse dans la cavité rectangulaire, dont est creusé le charbon, quelques gouttes d'acide nitrique. L'acide rapidement absorbé par la poudre de coke contenue dans l'intérieur, est porté par la capillarité dans tous les pores du harbon, et n'a besoin d'être renouvelé que lorsque l'appareil a été

mis en action plusieurs jours. Lorsqu'il est ainsi préparé, on le place au milieu du bac en zinc, dans lequel on a versé préalablement deux ou trois cuillerées d'eau fortement salée, qui doit avoir humecté toute la surface du métal. La lame de cuivre N (fig. 2) est placée sur le charbon, qui ne doit pas toucher les bords de la cuvette.

Toutes les pièces qui servent de contact doivent toujours être propres et décapées. Le courant fourni par la pile est transmis par les deux plaques L N aux fils de la bobine d'induction. Chaque fois que ce courant est interrompu, il se produit deux courants, un premier dans le gros fil (courant de premier ordre), et un second dans le fil fin (courant de deuxième ordre).

Avant les travaux de M. Duchenne, on n'avait établi physiologiquement aucune différence entre l'électricité qui arrive aux organes par la voie du courant de premier ordre et celle qui leur est envoyée par le courant de deuxième ordre. M. Masson, dans ses quelques essais d'application, ne s'est servi que du courant de premier ordre; et les expérimentateurs qui l'ont suivi, du moins en France, n'emploient que le courant de deuxième ordre. Les recherches de M. Duchenne nous ont montré que chacun de ces courants jouissait de propriétés physiologiques spéciales, et qu'il était important pour la thérapeutique de pouvoir appliquer l'un ou l'autre, suivant que les paralysies affectaient les organes du sentiment ou ceux du mouvement. Nous y reviendrons tout à l'heure. Quatre boutons E K, placés à l'extrémité de l'appareil, terminent chacun des fils de la bobine, et permettent de se servir, suivant les indications, ou du courant de premier ordre, ou du courant de deuxième ordre.

L'intensité de ces courants est réglée, nous l'avons dit: 1° par un cylindre de cuivre. Lorsque le graduateur H (fig. 3) est complétement enfoncé dans l'appareil, les courants sont à leur minimum d'intensité. Il suffit, pour les augmenter, de faire sortir le graduateur par centimètre, selon les besoins de la pratique. Nous avons montré aussi qu'à l'aide du tube modérateur F, on pouvait diminuer encore l'intensité des courants à leur minimum d'action. Muni de ces deux modes de graduation, cet appareil, malgré sa puissance, est d'une sensibilité très-grande.

Un point assez difficile à comprendre pour les lecteurs qui ne sont point familiers avec les appareils d'induction, est la manière dont se produisent les interruptions du courant de la pile. Comme ce phénomène est réglé par le jeu même de l'instrument, nous aurions pu nous dispenser d'en parler. Du reste, si nous ne sommes pas compris dans cette description, le mal ne sera pas grand.

Rappelons d'abord la disposition des pièces de l'appareil. Le commutateur A, c'est-à-dire l'agent de l'interruption des courants, est, nous l'avons dit, une plaque de fer doux suspendue au devant du faisceau de fils de fer; son autre face est maintenue appuyée, par un ressort, sur une petite pointe platinée. En cette position, lorsque le courant de la pile traverse la bobine, et va passer par la pointe platinée et le commutateur, il transforme le faisceau de fils de fer doux en un aimant qui attire la plaque de fer du commutateur et la détache de la pointe platinée. A ce moment le courant de la pile est interrompu, et un premier courant (courant de premier ordre) se produit dans le gros fil, en même temps qu'un courant d'induction de second ordre se manifeste dans le fil fin. L'interruption du courant fait perdre au faisceau de fer doux sa propriété magnétique; la plaque du commutateur cesse d'être attirée, elle retombe sur la pointe platinée, et le circuit est fermé de nouveau.

Les interruptions produites par le commutateur se succèdent avec une excessive rapidité, en faisant entendre une sorte de bourdonnement qui indique à l'opérateur que l'appareil marche. Ce bruit produit par le jeu du commutateur est d'autant plus vif que le courant de la pile est plus intense. Lorsque ce courant initial est trop faible, il importe de rapprocher la plaque de fer doux de la bobine, en serrant un peu plus la vis s. Cependant on doit toucher le moins possible aux pièces de l'instrument, lorsqu'on n'est pas familiarisé avec les lois qui président à leur construction; et nous conseillons d'ajouter, de préférence, quelques gouttes d'acide dans le charbon, ou de concentrer la solution saline du bac. On trouvera plus souvent l'obstacle au jeu de l'appareil, dans le défaut de jonction exacte des contacts ou leur malpropreté. La moindre couche d'oxyde, formée sur ces pièces, empêche le courant de passer. Dans le modèle que nous décrivons, il n'y a plus qu'une seule pièce de contact, c'est la plaque L que l'on pose sur le charbon; il faut donc, toutes les fois que l'appareil cesse de marcher, que l'opérateur s'assure que cette plaque pose sur le charbon; si ce contact n'a pas lieu, on la courbe un peu.

La fréquence des intermittences était réglée dans l'ancien modèle (fig. 2) par une roue dentée D, que l'on fait tourner à l'aide d'une petite manivelle M. Ce mécanisme était trop compliqué, M. Duchenne l'a heureusement modifié. Aujourd'hui cette partie de l'appareil a complétement disparu, et les intermittences lentes se trouvent produites par les mouvements que les doigts impriment à la vis c, placée à la partie gauche du tiroir L (fig. 3). Pour les obtenir, on arrête le jeu du commutateur en relevant le petit ressort A et en le plaçant sous la

plaque carrée de ce commutateur B, puis on saisit entre le pouce et l'index le bouton c et on lui imprime de petits mouvements de rotation en sens inverse, de manière à établir des contacts plus ou moins rapprochés. Chaque fois que le contact a lieu, le courant de la pile passe dans la bobine et y produit les phénomènes de l'induction.

Cette gravure montre la position de la main droite exécutant les intermittences; nous avons fait figurer en même temps la manière dont la main gauche doit saisir les cylindres métalliques garnis des éponges humides.

Dans l'intervalle des électrisations, on interrompt le courant en desserrant cette même vis c. L'appareil ne marchant plus, on conserve ainsi la puissance de la pile.

Après la séance, on nettoie le zinc et le charbon, que l'on essuie avec beaucoup de soin ; on place entre eux un morceau de toile cirée, et l'on remet la pile dans son tiroir. Cette petite opération est courte est facile. Si l'on ne se servait que rarement de l'appareil, il serait mieux de ne pas laisser le charbon dans son intérieur.

La mise en jeu de l'appareil expliquée, il nous reste à examiner les propriétés spéciales de chacun des deux courants, au point de vue physiologique et thérapeutique.

*(La fin au prochain numéro.)*

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### DE LA RECHERCHE CHIMICO-LÉGALE DES ALCALOÏDES.

Découvrir, dans un cas d'empoisonnement, la substance toxique, en déterminer la nature, était, il n'y a pas bien longtemps encore, un problème très-difficile à résoudre ; quelquefois même, et surtout lorsque l'on avait affaire à une substance d'origine organique, la science se voyait réduite à avouer son impuissance. Mais aujourd'hui, grâce aux travaux des toxicologistes modernes, les cas de ce genre sont excessivement rares, et, le plus souvent, la recherche et la détermination du poison ne présentent pas de difficultés bien sérieuses, pour peu que l'on ait l'habitude des opérations qu'elles nécessitent.

Cependant, il est une classe de corps qui, jusqu'à présent, n'a pas été étudiée, au point de vue de la chimie appliquée à la toxicologie, d'une manière générale. Nous voulons parler des alcaloïdes, ou alcalis organiques. C'est cette lacune que vient de remplir M. Stass, dans un travail inséré dans le Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, et dont nous allons rapporter les principaux faits. Ce travail

a d'autant plus d'importance que les corps dont il s'occupe, par l'action énergique qu'ils exercent pour la plupart sur l'économie animale, et par la difficulté que l'on éprouve à les extraire des matières qui les contiennent, peuvent être choisis par d'habiles criminels, ainsi que nous l'a révélé une affaire tristement célèbre, de préférence à d'autres substances aussi meurtrières, mais dont les caractères tranchés, faciles à constater, ne permettent plus d'espérer l'impunité.

« Quoi qu'en aient dit certains auteurs, dit M. Stass, il est possible de découvrir, au sein d'un liquide suspect, tous les alcaloïdes, quel que soit leur état ; j'ai même la conviction profonde que tout chimiste bien au courant de l'analyse parviendra, non-seulement à déceler leur présence, mais même à déterminer la nature de celui qu'il aura découvert, bien entendu quand cet alcaloïde rentrera dans la classe des corps dont l'étude a été convenablement faite. Ainsi, on pourra découvrir la conicine, la nicotine, l'aniline, la pétinine, la morphine, la codéine, la narcotine, la strychnine, la brucine, la vératrine, la colchicine, la delphine, l'émétine, la solanine, l'aconitine, l'atropine, l'hyosciamine.

« Je ne prétends pas que l'étude chimique de tous ces alcaloïdes soit assez bien faite pour que l'expert qui décèle l'un d'eux le reconnaisse immédiatement, et affirme que c'est tel alcali et non pas tel autre. Cependant, pour ceux-là même qu'il ne parviendra pas à déterminer, à spécifier d'une manière certaine, il pourra dire qu'il appartient à telle famille de végétaux, les solanées, par exemple ; pour un cas d'empoisonnement par ces matières, ce sera déjà beaucoup.

« Le procédé que je propose pour rechercher les alcaloïdes dans les matières suspectes, est à peu près le moyen employé pour extraire ces corps des végétaux qui les renferment ; la seule différence consiste dans le mode de les mettre en liberté, et de les présenter au dissolvant...

« Ainsi, pour retirer un alcaloïde d'une matière suspecte, le seul problème à résoudre consiste à éliminer, à l'aide de moyens simples, les subtances étrangères, et à trouver ensuite une base qui, tout en séparant l'alcaloïde de sa combinaison saline, le maintienne en solution pour que l'éther puisse l'enlever à celle-ci ; car j'ai observé que tous les alcaloïdes solides et fixes que j'indique plus haut, maintenus en l'état de liberté et de solution dans un liquide, peuvent être enlevés par l'éther, quand ce dernier corps est en quantité suffisante.

« L'intervention successive de l'eau et de l'alcool, à différents états de concentration, suffit pour séparer les matières étrangères, et obtenir, sous un petit volume, une solution dans laquelle l'alcaloïde doit se trouver.

« Les bicarbonates de potasse ou de soude, ou ces alcalis à l'état caustique sont les bases convenables pour mettre les alcaloïdes en liberté, tout en les conservant en solution, surtout si ces derniers corps ont été combinés à un excès d'acide tartrique ou oxalique... »

Pour mettre en pratique les principes que nous venons de rapporter, voici comment l'auteur propose d'aborder l'analyse :

« Je suppose d'abord qu'il s'agisse de rechercher un alcaloïde dans le contenu de l'estomac ou des intestins : on commence par additionner ces matières avec le double de leur poids d'alcool pur et le plus concentré possible ; on ajoute ensuite, suivant la quantité et l'état de la matière suspecte, d'un à deux grammes d'acide tartrique ou d'acide oxalique, mais de préférence de l'acide tartrique ; on introduit le mélange dans un ballon, et on chauffe jusqu'à 60 ou 75°. Après le refroidissement complet, on jette le tout sur un filtre de papier Berzélius, on lave le produit insoluble à l'aide de l'alcool concentré, on évapore ensuite le liquide filtré dans le vide, ou, à défaut d'une machine pneumatique, on l'abandonne dans un fort courant d'air, à une température qui ne doit pas être supérieure à 35°.

« Si, après la volatilisation de l'alcool, le résidu renferme des corps gras, ou d'autres matières insolubles, on verse de nouveau le liquide sur un filtre mouillé par de l'eau distillée, on évapore ensuite dans le vide, ou sous une cloche, au-dessus de l'acide sulfurique concentré ; on reprend ensuite le résidu par de l'alcool anhydre et froid, en prenant la précaution de bien épuiser la matière ; on évapore l'alcool à l'air libre, à la température ordinaire, ou mieux dans le vide ; on dissout le résidu acide dans la plus petite quantité d'eau possible, on introduit la solution dans un petit flacon-éprouvette, et on ajoute peu à peu du bicarbonate de soude ou du bicarbonate de potasse pur et pulvérisé, jusqu'à ce qu'une nouvelle quantité ne produise plus d'effervescence. On agite alors le tout avec quatre ou cinq fois son volume d'éther pur, et on abandonne au repos ; quand l'éther surnageant est parfaitement éclairci, on en décante une partie dans une petite capsule de verre, et on l'abandonne dans un lieu bien sec à l'évaporation spontanée.

« Le résidu que l'on obtient après la complète volatilisation de l'éther, et qui est liquide et volatil, ou bien solide et fixe, est l'alcaloïde cherché. Pour en déduire l'individualité, il ne s'agit plus que de le soumettre à l'action des réactifs pour en constater les propriétés. »

Au moyen du procédé que nous venons de rapporter, M. Stass est parvenu à reconnaître de la manière la plus positive la présence de la nicotine dans le sang d'un chien empoisonné par 2 centimètres cubes de cet alcaloïde. Il a constaté de même la présence de la conicine dans

de la teinture fort ancienne de ciguë. Il a retiré, par le même procédé, la morphine de l'opium; la strychnine et la brucine de la noix vomique; la vératrine de l'extrait d'ellébore blanc ; l'émétine de l'extrait d'ipécacuanha; la colchicine de la teinture de colchique; l'aconitine d'un extrait aqueux d'aconit; l'hyosciamine d'un extrait fort ancien de jusquiame; et enfin, l'atropine d'une teinture également vieille de belladone. Il a aussi appliqué ce procédé avec un égal succès à la recherche des différents alcaloïdes que nous venons de nommer, mêlés préalablement à des matières étrangères. Aussi est-ce en toute confiance que M. Stass livre sa méthode à l'examen des chimistes qui s'occupent de recherches médico-légales.

Mais à ces recherches ne se bornera pas seulement la méthode analytique proposée par M. Stass; la chimie saura la mettre à profit, soit qu'il s'agisse de recherches dans de nouvelles substances de nouveaux alcaloïdes, soit encore que l'on veuille constater, dans certains produits pharmaceutiques, pour s'assurer de leur pureté ou de leur bonne préparation, la présence des alcaloïdes qu'ils doivent contenir.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

### OBSERVATIONS SUR UN CAS DE FIÈVRE INTERMITTENTE PERNICIEUSE PNEUMONIQUE (1).

Lorsque pendant l'accès, dit M. Rouxeau, il y a véritablement pneumonie, avec tous les caractères physiques sans exception du premier degré de cette maladie; après un ou deux accès, davantage peut-être, le symptôme pneumonie peut disparaître, sans laisser de traces de sa présence dans le poumon; en un mot, tout peut rentrer dans l'ordre comme après un accès de fièvre intermittente légitime. Je dis après un ou deux accès, car, après un plus grand nombre de paroxysmes, cette affection laisse presque toujours, toujours peut-être, une lésion organique du poumon, de même que la fièvre intermittente simple donne lieu, par la répétition des accès, à un engorgement splénique qui n'est pas la maladie, mais sa conséquence.

Voilà une proposition clairement établie : prouvons-la. Prouvons surtout par des faits. Voici, à cet égard, une observation qui vaut

(1) L'importance de la question nous engage à rapprocher de l'excellent article de M. Constant l'observation lue par M. Rouxeau à la section de médecine de la Société académique de la Seine-Inférieure.

(*Note du Rédacteur.*)

mieux, à mon avis, que la plus longue, la plus logique argumentation.

Obs. Le 10 janvier 1845, je suis appelé auprès d'un jeune homme de dix-neuf ans, qui se mourait. Ce jeune homme, palefrenier chez M. Maisonneuve, au Tertre, près de Sautron, était tombé, le soir, dans un état de suffocation telle que l'on avait craint de le voir mourir pendant la nuit. A mon arrivée, je le trouve étendu sur son lit, presque sans connaissance, ne pouvant répondre à mes questions. La face était rouge, vultueuse, les yeux étincelants. La poitrine était soulevée par de violents et fréquents efforts d'inspiration ; la toux était déchirante, répétée. Son lit, ses draps étaient couverts de crachats sanglants. La percussion donnait partout une sonorité normale ; la respiration était un peu rude en avant et à droite ; vers le tiers moyen, ample, et puérile à gauche. En arrière et à droite, dans tout le lobe moyen, on entend un râle crépitant, fin et abondant, sans aucune trace de souffle bronchique ; en arrière et à gauche, la respiration offre le caractère de puérilité que nous avons cité plus haut, mais sans aucune bulle de râle. La peau était brûlante, le pouls ferme, large, à 110. Il fut impossible d'arracher, même par signes, une seule parole à ce malheureux qui suffoquait littéralement. Mais les faits parlaient assez haut : on ne pouvait méconnaître une pneumonie. Le sujet était fort et vigoureux, la réaction franche et violente : je pratiquai une saignée de 500 grammes, qui se couvrit immédiatement d'une couenne assez mince. Des cataplasmes sinapisés furent appliqués aux jambes ; des boissons chaudes et émollientes administrées toute la nuit.

Le 11, à 7 heures du matin, ma surprise est extrême en voyant le malade calme et souriant. La peau est fraîche, le pouls à 62. Plus de toux, de dyspnée, de crachats sanglants ; la sonorité thoracique est parfaite ; l'auscultation pratiquée avec tout le soin possible ne révèle pas la moindre trace de râle crépitant... Je crois rêver. Cette disparition si rapide d'un cortége de symptômes les plus menaçants avait quelque chose de bizarre. Je questionne le jeune homme qui me donne ainsi l'historique de sa maladie. Le 7 janvier, à huit heures du matin, frisson d'une heure suivi de chaleur et de sueur, mais sans toux ni oppression. Le 8, un accès semblable et à la même heure. Le 9, à midi, un troisième accès, mais avec un frisson plus violent, plus prolongé, suivi d'oppression, de toux incessante, avec crachats rouillés et douleur assez vive dans le côté droit. Il avait été alors obligé de s'aliter. Le lendemain matin, 10, il ne toussait plus ; la douleur de côté et l'oppression avaient disparu ; il ne lui restait plus de sa fièvre qu'un peu de fatigue ; il retourna à ses travaux. Mais à midi le frisson re-

vint, profond, violent, et, avec lui, le point de côté, la dyspnée, la toux, les crachats sanglants. Cet état s'aggrava rapidement et la maladie avait pris des proportions effrayantes avant que l'on demandât les secours de l'art.

Je me trouvais donc aux prises avec une fièvre intermittente pernicieuse pneumonique. Le défaut absolu de renseignements dans lequel je m'étais trouvé la nuit précédente me laissait, à deux lieues de chez moi, sans armes contre un troisième accès pernicieux qui s'avançait menaçant et terrible, et qui devait, selon toute prévision, débuter dans cinq heures. Je courus en toute hâte préparer 1 gramme 50 centigrammes de sulfate de quinine que le malade devait prendre en trois fois, à une demi-heure d'intervalle. Par une incroyable négligence, la première dose de ce médicament ne fut administrée qu'à cinq heures du soir. A six heures, le troisième accès parut, sans que l'on daignât me prévenir, comme il était convenu. Cet accès fut horrible : les mêmes accidents que la nuit précédente revinrent, mais encore plus graves. Par un bonheur rare, dû soit à la saignée, soit plutôt au sulfate de quinine qu'il avait pris à cinq heures, le malade y résista. Le 12, à sept heures du matin, je le trouvai dans un paroxysme analogue à celui dont j'avais été témoin dans la nuit du 10 au 11 : même anxiété, mêmes accès de toux, mêmes crachats sanglants. Mais les symptômes plessimétriques et stéthoscopiques ont changé. Au niveau de la fosse sous épineuse droite il existe une matité assez prononcée et un souffle bronchique des plus accusés, entouré de râle crépitant fin, mais rare; la bronchophonie est manifeste. Le pouls est à 110-115, fort et plein, la peau chaude, le visage rouge, les yeux sont étincelants. Nouvelle saignée de 500 grammes, et 50 centigrammes de sulfate de quinine administrés immédiatement. Deux doses semblables sont prescrites, avec injonction de les faire prendre d'heure en heure, sous peine de voir succomber le malade. Cette fois mes ordonnances furent suivies à la lettre.

Le soir, la fièvre est totalement tombée; le pouls est à 60, mou, dépressible, la peau fraîche; la dyspnée a disparu avec le point de côté; la toux est rare et provoque l'expectoration de crachats visqueux, couleur gelée d'abricots. La matité existe toujours au même point, ainsi que le souffle bronchique et la bronchophonie; le râle crépitant est plus abondant, plus humide que le matin. Le malade demande à manger. (Un bouillon.)

13 janvier. L'état est très-satisfaisant : le malade est calme, ne tousse plus, n'éprouve aucune douleur de côté, aucune oppression. Il existe un peu de matité relative dans la fosse sous-épineuse où l'o-

reille perçoit un souffle tubaire léger, limité et entouré d'un râle crépitant de retour des plus accentués. Le pouls est à 60, ondulant ; la peau fraîche, l'appétit vif. (Quinine, 1 gramme. — 2 potages.)

14 janvier. Souffle bronchique très-léger ; râle crépitant, humide ; 60 pulsations. La congestion inflammatoire, quoique éteinte dans sa source, a laissé dans le poumon une lésion organique profonde qui se dissipe avec lenteur. (Potion avec émétique, 30 centigrammes ; extr. gom. d'opium, 5 centigrammes.)

La potion provoque une secousse assez violente, et l'expectoration ou plutôt le vomissement de matières visqueuses et filantes. Mais la nuit suivante est parfaite, et le 15, il ne reste plus que quelques bulles de râle muqueux dans la fosse sous-épineuse droite. Le malade, doué d'un appétit dévorant, ne conserve plus de cette affection si grave qu'une grande faiblesse qui ne tarde pas à disparaître.

Maintenant, quelques mots d'une analyse explicative. D'abord, deux accès insignifiants ; c'est une sorte de prélude. L'agent morbide n'a pas encore atteint toute sa puissance, mais l'impulsion est donnée. Au troisième accès, le poumon est le lieu d'élection d'un raptus congestionnel assez violent pour déterminer tous les symptômes d'une pneumonie ; c'est un premier paroxysme pernicieux qui disparaît bientôt sans laisser de traces. L'organe est préparé à une nouvelle congestion qui arrive régulièrement au bout de vingt-quatre heures ; l'appareil pneumonique qu'elle développe est complet et d'une violence en rapport avec celle du paroxysme : point de côté, oppression, toux, crachats sanglants, râle crépitant unilatéral, rien n'y manque. Cependant, l'impression faite sur le poumon n'a pas été assez profonde encore pour rester à l'état de phlegmasie fixe. Tout s'est évanoui pendant l'apyrexie. Administré à temps, le sulfate de quinine pouvait encore prévenir le retour du mal. Mais non : la négligence de la garde ouvre la porte à un troisième paroxysme pernicieux, suivi, cette fois, d'une congestion assez énergique pour déterminer une pneumonie au deuxième degré. Cette congestion, trop profonde pour se dissiper en quelques heures, ne l'est pas assez cependant pour éveiller un mouvement fébrile continu ; et, pendant l'apyrexie, rien ne vient révéler à l'œil de l'observateur l'existence de cet élément phlegmasique, malgré son apparente intensité. — Le sulfate de quinine a tué le mal dans sa source ; la phlegmasie pulmonaire n'a plus de raison d'exister ; elle se résout d'elle-même et avec une rapidité insolite. Quelle différence entre la marche de ce symptôme inflammatoire, sa tendance nécessaire et rapide à la convalescence, l'élément pernicieux une fois détruit, et la marche, la tendance d'une pneumonie idiopa-

thique !... C'est qu'il n'est pas la maladie, qu'il n'en est qu'un symptôme, un effet : *Sublatâ causâ, tollitur effectus.*

Ainsi, deux faits nous sont acquis par cette observation : 1° la pneumonie, tant qu'elle reste au premier degré, peut disparaître complétement avec la fièvre pendant l'apyrexie ; 2° la pneumonie peut persister comme phénomène local pendant l'intermittence, sans éveiller de fièvre, sans se trahir par ses symptômes habituels, nécessaires même quand elle constitue toute la maladie.

3° Mais l'élément pneumonique est au second degré ; l'auscultation et la percussion révèlent les signes pathognomoniques de l'hépatisation rouge : ces désordres peuvent-ils encore se résoudre dans l'intervalle d'un accès ? *Adhuc sub judice lis est*, ou plutôt cette opinion trouvera peu de défenseurs. Je ne puis plus parler ici avec la conviction que donne la conscience de faits bien vus, bien étudiés : je n'ai rien observé qui pût asseoir mon opinion à ce sujet. Cependant, notre confrère M. Villeneuve m'a assuré que chez un malade qu'il voyait conjointement avec M. Blanchet, les symptômes d'hépatisation rouge, point de côté, oppression, toux, crachats sanglants, matité, souffle bronchique et bronchophonie, symptômes liés à un développement fébrile intense, tous avaient disparu complétement avec la fièvre, au moment de l'apyrexie. Je regrette qu'un oubli de l'auteur me mette dans l'impossibilité de donner cette observation avec des détails convenables. J'ai la conviction que, présentée *in extenso*, cette observation eût été d'une valeur inappréciable dans l'étude des fièvres intermittentes avec phlegmasie locale grave. C'eût été un document précieux, qui peut-être eût donné la mesure et certainement éclairé la nature de ces singulières pseudo-phlegmasies qui, naissant subitement sous l'influence d'une congestion brusque et énergique provoquée dans un organe, y peuvent subir en quelques heures toutes leurs phases d'évolution, pour disparaître avec leur cause productrice et se reproduire encore ; phlegmasies alors aussi violentes qu'éphémères, et que le sulfate de quinine anéantit si rapidement dans leur source.

Rouxeaux, D. M.

Nantes.

---

## BULLETIN DES HOPITAUX.

---

*Pyélite subaiguë ; traitement antiphlogistique au début ; teinture de cantharides à l'intérieur ; guérison.* — Le fait suivant offre un exemple des bons effets que l'on peut obtenir de la teinture de cantharides dans le traitement de la pyélite subaiguë, alors que

les premiers accidents inflammatoires ont été calmés par les antiphlogistiques.

Triébert (Jacques), trente-sept ans, sculpteur, est entré à l'hôpital Necker, service de M. Aran, le 13 septembre dernier. Cet homme, d'une constitution médiocrement forte et d'un tempérament lymphatique, menant une vie régulière, mais ayant éprouvé quelques privations dans ces derniers temps, avait reçu, deux mois auparavant, un coup dans la régions des reins, et ne s'en était pas ressenti pendant trois semaines, lorsqu'il commença à éprouver de la fatigue en travaillant et quelques douleurs dans la région lombaire gauche. Bientôt il s'aperçut que le besoin d'uriner se faisait sentir plus souvent, et que l'urine, peu abondante, déterminait à son passage au col de la vessie et dans l'urètre une sensation de douleur, suivie d'une espèce de ténesme vésical; cette douleur s'irradiait en arrière jusque sur le trajet des uretères. En même temps, il reconnut que l'urine contenait une matière blanchâtre qui se montrait surtout à la fin de la miction et qui gagnait le fond du vase; de temps en temps il y avait même dans ce dépôt un peu de sang. Malgré ces accidents, il continua de travailler, s'arrêtant seulement lorsque les douleurs devenaient trop vives. Il avait maigri un peu, mais n'avait jamais eu de fièvre, lorsqu'il entra à l'hôpital. Pour tout traitement il avait pris quelques boissons mucilagineuses et fait des injections astringentes dans le canal de l'urètre.

*Etat actuel*, le 14 septembre. Un peu d'amaigrissement; pouls à 80 ou 84, médiocrement développé; peau bonne, sans sécheresse; langue rouge, sans enduit; pas de soif; bon appétit; bonne digestion; rien du côté de l'appareil respiratoire et circulatoire. La pression du ventre était douloureuse au niveau des reins : à gauche et en avant, la pression latérale était seule douloureuse; à droite, c'était la pression antéro-postérieure; en arrière, dans la région lombaire, la pression ne développait de douleur que du côté gauche; ce rein était augmenté de volume, ainsi qu'on put s'en convaincre par la percussion plessimétrique, pratiquée alternativement des deux côtés. L'urine, claire, transparente, contenait au fond du vase un dépôt assez abondant, blanchâtre, grenu et présentant quelques stries de sang; elle précipitait assez abondamment par l'acide nitrique. Le malade n'éprouvait de douleur qu'à la fin de la miction et au moment du passage de cette matière, qui troublait la transparence de l'urine. (Saignée du bras de 400 grammes, 12 ventouses scarifiées sur les régions lombaire; résine de scammonée et de jalap, de chaque 0,60, tisane de graine de lin; une portion.)

Les deux émissions sanguines produisirent près de 800 grammes de

sang. Il y eut soulagement, et le malade put uriner sans douleur. Le dépôt des urines était aussi un peu moins sanguinolent. Le 16, il y avait un peu plus de sang dans le dépôt; six ventouses vésicantes furent appliquées sur la région lombaire. Le malade fut encore soulagé; les mictions étaient moins fréquentes et ne s'accompagnaient plus de ténesme ; l'urine était plus abondante. Le soulagement qu'il avait éprouvé des ventouses vésicantes y fit revenir le 19. Néanmoins, et bien que le malade se trouvât très-bien, qu'il ne souffrît presque plus, la quantité de pus avait à peine diminué dans les urines.

Dans ces circonstances, M. Aran songea à la teinture de cantharides et aux effets modificateurs favorables qu'elle exerce dans certains cas sur la muqueuse des voies urinaires. Le 20, la teinture fut commencée à la dose de 10 gouttes dans un julep gommeux. Cette dose fut portée successivement, sans aucun accident et sans que le malade accusât autre chose qu'un goût amer dans la bouche, à 15, 20, 25, 30, 40 et même 50 gouttes ; elle fut continuée à cette dernière dose pendant dix jours. Dès le troisième jour, il y avait déjà une diminution très-marquée dans la quantité du pus ; cette diminution se prononça de jour en jour davantage, et, lorsque le malade quitta l'hôpital, le 9 octobre, les urines ne contenaient plus de pus, ou seulement une trace de temps en temps. Nous avons, depuis, revu ce malade; sa santé continuait à être excellente, et ses urines, qu'ils nous a montrées, ne contenaient pas trace de pus.

---

# RÉPERTOIRE MÉDICAL.

**CROUP.** *Son traitement par les moyens externes.* Après avoir expérimenté avec peu de succès les divers traitements généralement employés contre le croup, M. le docteur Welther, d'Alidorf-Weingarten, préconise les frictions suivantes comme le moyen le plus efficace contre cette maladie, très-fréquente dans le pays où il exerce. Un onguent composé d'opium en poudre, à la dose de 4 à 8 grammes, mélangé à 60 grammes de graisse de porc, sert à frictionner, toutes les deux heures, tout le corps, à l'exception de la tête. Cette quantité, épuisée dans vingt-quatre ou trente-six heures, est répétée deux ou trois fois, rarement quatre à cinq fois pour obtenir une guérison complète. Ces frictions, employées dans quinze cas, sans qu'on ait observé le moindre inconvénient sur le système nerveux cérébral, ont été suivies de guérison douze fois au bout de deux ou trois jours. Chez trois autres enfants, après une amélioration notable, des accès de suffocation s'étant de nouveau déclarés, on eut recours à la pommade d'Autenrieth en frictions sur le cou. (Poudre de cantharides, deutochlorure de mercure, chloruro d'antimoine, de chaque 4 grammes ; onguent basilicum, 15 grammes.) Ces frictions sont, d'après l'auteur, plus efficaces encore que les premières, et doivent être généralement employées lorsque les autres moyens ont échoué, et que le danger est imminent. Il suffit, dit M. Welther, de trois à quatre frictions

sur la partie antérieure du cou et sur la poitrine, jusqu'à un ou deux pouces au-dessus du creux épigastrique, pour obtenir le résultat désiré. Mais bientôt le cou et la poitrine se gonflent fortement, et la guérison, très-lente, laisse après elle des cicatrices difformes très-désagréables pour les filles. Outre les inconvénients de cette action locale, on observe des symptômes qui dénotent évidemment un effet général du médicament : une fièvre courte est bientôt remplacée par une asthénie quelquefois très-inquiétante; l'auteur est cependant toujours parvenu à la dissiper par l'éther phosphorique (4 gouttes pour 15 grammes de liquide, à prendre par cuillerée à café de demi-heure en demi-heure). Dans quelques cas, on a noté une salivation. Ce traitement du croup est loin de valoir l'emploi du calomel et de l'alun à l'intérieur, secondés par l'action topique de la solution de nitrate d'argent portée directement sur les parties malades à l'aide d'une éponge fixée sur un mandrin recourbé, comme nous les voyons employer à l'hôpital des Enfants malades. En signalant le travail de M. Welther, nous avons eu principalement pour but de fournir un exemple de l'état de la thérapeutique en Allemagne, et de légitimer ainsi les emprunts peu fréquents que nous sommes contraints de faire à la littérature médicale de cette contrée. (*Medic. corresp.-blat*, 1852.)

**DIGITALE** *employée en fomentations, avec succès, dans le traitement de plusieurs cas d'ascite.* L'idée de l'emploi de la digitale à l'extérieur, en frictions, en fomentations ou par tout autre mode, est loin d'être nouvelle, et son usage a été recommandé dans la plupart des traités de thérapeutique, pour les cas où l'état des voies digestives ne permettrait pas d'administrer la digitale à l'intérieur. Ce mode d'administration, toutefois, à en juger par la rareté des circonstances où l'on y a recours, ne paraît pas avoir inspiré aux praticiens toute la confiance qu'il mérite peut-être. Il y a deux ans environ, nous avons publié un travail de M. le docteur Christison, d'Edimbourg, sur cette méthode, dont les résultats étaient dignes d'attention, en ce qu'il en ressortait, non-seulement que l'emploi de la digitale à l'extérieur pouvait être utile dans les cas où son usage interne était interdit, mais même qu'il s'était montré efficace dans des circonstances où le traitement interne avait échoué. Ce point de thérapeutique ne pouvant être résolu que par des essais multipliés, nous avons pensé qu'il serait utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs quelques observations nouvelles rapportées par M. le docteur Falot (Raymond), et qui tendent, comme on va le voir, à confirmer les observations de M. Christison, ainsi que celles que nous avions déjà fait connaître avant la communication du médecin d'Edimbourg.

Voici ces observations, que nous extrayons de la Revue thérapeutique du Midi.

Obs. I. Une femme de vingt-quatre ans, après avoir été surprise par la pluie, ayant gardé plusieurs heures ses vêtements mouillés, fut prise le lendemain d'un érysipèle facial assez intense, de dix jours de durée. Quelque temps après, anorexie, aménorrhée, amaigrissement progressif, augmentation du ventre, diminution notable de la sécrétion urinaire, teinte jaunâtre et bouffissure de la face, etc. Le ventre avait 37 pouces au niveau de l'ombilic; matité et fluctuation, intestins refoulés au-dessus de l'épanchement. (Chiendent nitré; quelques doses de calomel pour combattre la constipation, qui date de huit jours; digitale en poudre; frictions avec teinture de scille et de digitale, *ter*).

Ces remèdes, employés pendant vingt-six jours, ne produisirent aucun effet. Le ventre augmentait toujours de volume; les urines, toujours rares et colorées, donnaient un dépôt blanc, albumineux, par la chaleur et l'acide nitrique. La digitale est suspendue à cause des vomissements, des douleurs abdominales, et de la diarrhée qui épuisent la malade. Paracentèse le 11 février 1850, avant que les parois de l'abdomen soient trop distendues; extraction de 12 litres de sérosité. (Dérivation sur le tube digestif; au moyen du calomel; fomentations avec des compresses trempées dans la décoction de feuilles de digitale, recouvertes de taffetas ciré pour rendre l'évaporation plus difficile : 60 grammes pour un litre d'eau; réduire à un demi-litre; compression méthodique; analeptiques). Il se fit

un abondant flux d'urines, qui dura plusieurs jours, et qui parut concourir à assurer la guérison.

Deux ans après, environ, M. Falot fut appelé de nouveau auprès de cette malade qui, à la suite d'accidents inflammatoires péritonéaux, survenus sous l'influence d'une cause analogue à celle de sa première maladie, présentait, pour la seconde fois, un épanchement ascitique considérable. La susceptibilité excessive de l'estomac ne permit pas longtemps l'emploi du nitre et de la digitale à l'intérieur. Les fomentations de cette plante, unies à une compression modérée, amenèrent la résorption complète du liquide, dans l'espace d'un mois.

Obs. II. Un garçon de huit ans, atteint depuis un mois d'une fièvre tierce, ayant avalé un litre d'eau froide dans la période de chaleur, éprouva à la suite de cette imprudence de vives douleurs abdominales et des vomissements excessifs qui firent craindre pour sa vie. (Glace, calomel qui causa une salivation assez forte.) Vingt-deux jours après, il était sur pied. Le 8 octobre, M. Falot revit cet enfant; il n'avait plus d'accès de fièvre; la rate avait diminué de volume; mais il y avait une assez grande quantité de liquide dans le ventre et de l'œdème aux extrémités inférieures; soif vive et vomissements fréquents; le sirop et la poudre de digitale furent rejetés à plusieurs reprises : les fomentations furent employées avec persévérance pendant une vingtaine de jours, et l'épanchement disparut. La transpiration cutanée parut considérablement augmentée, ainsi que la diurèse, sous l'influence de ce moyen.

Obs. III. Un homme de cinquante ans, après un séjour prolongé dans l'eau, est pris de frissons suivis de douleurs abdominales, avec ballonnement du ventre, vomissements, etc. Cet état, qui cède à quelques frictions mercurielles et au calomel, est bientôt suivi à son tour d'un épanchement ascitique considérable, avec infiltration générale. M. Falot prescrit des fomentations avec une forte décoction de feuilles de digitale. Sous l'influence de ce topique seul (le malade ne pouvant supporter aucune autre administration), les urines augmentèrent à vue d'œil; la circonférence du ventre, qui était de 40 pouces, diminua de 3 pouces au bout de cinq jours; la transpiration cutanée supprimée reparut insensiblement, et l'épanchement ne tarda pas à disparaître complétement (*Rev. thér. du Midi*, nov. 1852.)

---

**Empoisonnement** *par le laudanum chez un enfant de trois ans; guérison au moyen de la respiration artificielle entretenue pendant plusieurs heures avec une batterie galvanique.* Le fait suivant est un des exemples les plus surprenants des succès que l'on peut obtenir avec la persévérance dans l'emploi des moyens thérapeutiques dans les cas en apparence les plus désespérés. Il est aussi un exemple remarquable des effets avantageux des batteries galvaniques employées à l'entretien de la respiration artificielle. On sait que l'une des conséquences les plus fâcheuses de l'opium et des narcotiques donnés à haute dose est le ralentissement de la respiration, ralentissement dont l'asphyxie est la conséquence nécessaire, dans un temps plus ou moins éloigné. Aussi, tous les physiologistes qui ont étudié avec soin l'empoisonnement par les narcotiques ont-ils insisté sur la nécessité d'entretenir la respiration artificielle dans les cas graves, alors qu'on ne peut guère songer à faire prendre au malade quelques-uns de ces médicaments qui combattent cependant avec efficacité les effets des narcotiques, nous voulons parler du café et de l'eau vinaigrée. Il résulte bien évidemment du fait qu'on va lire que la respiration artificielle a été entretenue efficacement à l'aide d'une batterie galvanique, et peut-être ce moyen, par sa régularité même, présente-t-il au médecin plus de sûreté que la pratique suivie habituellement et qui consiste, comme on sait, soit à faire des insufflations de bouche à bouche, soit à provoquer la dilatation de la poitrine, en refoulant les viscères abdominaux, et en agissant par conséquent sur le poumon, que l'on vide d'air en partie et qui se remplit de nouveau.

Le 5 mars dernier, M. W. Bird Herapath fut appelé pour donner des soins à un enfant de trente-neuf jours, qu'il trouva presque *in articulo mortis*, froid et sans pouls, la face et les extrémités cyanosées, la dyspnée extrême, la respiration se faisant seulement par saccades irrégulières et convulsives, pupilles ex-

cessivement contractées, yeux roulés en haut sous les paupières. L'enfant était immobile, et, sauf un mouvement respiratoire de temps en temps, on eût pu croire qu'il était mort. M. Herapath apprit alors que l'on avait donné à l'enfant, quatre heures auparavant, une petite cuillerée à café de ce qu'on avait cru être une potion contre la toux, mais qui, en réalité, était du landanum. Tout le landanum avait été conservé dans l'estomac; quatre heures s'étaient écoulées depuis l'administration du poison, il y avait donc peu d'espérance de conserver l'enfant à la vie; cependant, dans le désir de faire quelque chose pour lui, ce médecin fit appliquer de larges cataplasmes sinapisés sur la colonne vertébrale, et administrer une forte infusion de café, contenant un peu d'esprit composé d'ammoniaque; encore l'enfant n'avalait-il que par intervalle et avec une grande difficulté. En même temps, la nourrice reçut l'ordre de tenir l'enfant constamment levé et dans une agitation continuelle. Après un certain temps, il parut un peu se ranimer, remua de temps en temps un membre et commença à ouvrir les yeux; la respiration était un peu moins embarrassée, et il put avaler plus facilement le café; on en profita pour lui en faire prendre de une à deux onces. Dans l'intervalle, les cataplasmes sinapisés avaient fortement rougi la peau.

L'enfant paraissait mieux, la respiration était plus facile et plus régulière, mais toujours peu de connaissance. Aussi ne tarda-t-il pas à retomber dans son premier état. Un sinapisme appliqué sur la poitrine et sur l'abdomen n'eut aucun effet, et l'enfant paraissait sur le point de passer, lorsque M. Herapath songea à l'électricité. En attendant que l'appareil galvano-électrique fût en action, il fit administrer par ses élèves des décharges électriques provenant d'une petite bouteille de Leyde, et traversant le corps du cou au diaphragme; l'enfant ne parut pas éprouver d'action bien notable de cette stimulation.

A six heures et demie du soir, par conséquent plus de cinq heures après l'accident, on commença l'action des courants continus. Après plusieurs essais, on reconnut que c'était en plaçant le pôle zinc ou positif sur la membrane muqueuse buccale et le pôle cuivre ou négatif sur le cartilage xiphoïde, que l'on parvenait à entretenir la respiration de la manière la plus régulière. Aussitôt que le courant était déplacé, que par exemple le pôle zinc glissait de la joue sur la langue, les mouvements respiratoires redevenaient difficiles et convulsifs, il survenait du spasme de la glotte, et l'asphyxie n'eût pas tardé à se produire. Le courant électrique fut ainsi continué pendant plusieurs heures, avec une seule interruption. Tant que l'appareil marchait régulièrement, tout allait bien, l'enfant respirait largement et régulièrement, et presque sans difficulté. Mais quand de temps en temps le courant initial s'affaiblissait, faute d'une suffisante quantité d'acide, ou que l'interruption ne se faisait plus d'une manière régulière, le petit malade retombait dans un état alarmant.

A onze heures du soir, il n'y avait pas cependant encore grande espérance, sauf que les battements du cœur s'entendaient faibles, mais distincts, trente fois par minute; c'était le seul signe de la vie. On reprit de nouveau la galvanisation, momentanément interrompue, et on ne la cessa plus pendant trois heures. A ce moment, on interrompit encore pendant quelques instants, parce que la connaissance semblait reparaître; le pauvre petit ressuscité semblait souffrir beaucoup des sinapismes qu'on avait promenés sur son corps, il poussa même un petit cri. Dix minutes après, les symptômes semblaient reprendre : la batterie fut encore employée pendant quelques minutes, et un lavement composé de 4 grammes d'essence de térébenthine, 24 grammes d'huile de ricin et 125 grammes d'infusion de café fut administré, tandis qu'on faisait prendre par la bouche du café avec un peu d'eau-de-vie. Il avala avec difficulté; une partie passa dans le larynx et donna lieu à un accès de dyspnée, mais le malade n'était pas assez fort pour tousser. A trois heures et demie du matin, l'amélioration était telle que les courants électriques furent interrompus. Il continua encore à respirer avec assez de calme pendant une demi-heure, qu'il fallut revenir de nouveau à l'emploi de la batterie galvanique, et de quatre à huit heures du matin on y revint encore deux fois, à d'assez courts intervalles, et la dernière fois pendant dix minutes. A huit heures du matin, la res-

piration était assez naturelle et assez régulière, sauf une espèce de temps d'arrêt de temps en temps, qui disparaissait lorsqu'on lui soufflait à la face ou qu'on le secouait. A une heure de l'après-midi, il y avait encore du coma et de la respiration stertoreuse de temps en temps; mais trois heures après, l'amélioration avait fait beaucoup de progrès, le petit malade avait pu prendre quelques cuillerées de lait coupé, la respiration était plus calme et les temps d'arrêt moins marqués, la peau d'une coloration et d'une température naturelles; sommeil profond, mais peu de sterteur. Le lendemain, il était complétement rétabli. (*The Lancet*, 1852.)

---

**FRÊNE** (*Nouvelles remarques sur l'emploi des feuilles de*) *dans le traitement de la goutte et du rhumatisme.* Depuis que nous avons appelé l'attention des praticiens sur les bons effets de la décoction de feuilles de frêne contre la goutte et le rhumatisme, dans notre numéro du 30 août dernier, ce remède semble en voie de faire fortune. Cette première communication en a fait surgir d'autres qui paraissent toutes unanimes sur l'efficacité de ce moyen. De ces diverses notes, il ressort deux choses principales : la première, c'est que l'emploi des feuilles de frêne contre la goutte n'est pas nouveau ; la seconde, et celle-ci est plus importante, c'est qu'il paraît être réellement utile. Ce moyen n'est pas nouveau. En effet, il résulte de deux notes successivement publiées dans l'*Union médicale*, l'une par MM. les docteurs Pouget et Peyraud, la seconde par M. le docteur Marbotin, de Valenciennes, que l'usage en est populaire dans plusieurs contrées. Il suffit de quelques recherches bibliographiques pour se convaincre que l'usage en remonte assez haut, et que ce moyen n'était pas inconnu des auteurs, puisqu'on le trouve indiqué contre plusieurs maladies, et notamment contre les douleurs goutteuses dans Glauber, Bauhin et plusieurs auteurs du dernier siècle. On trouvera dans Marray des indications précises à cet égard. Mais ce que les livres contiennent sur ce sujet n'ôte rien à l'intérêt des dernières communications. Celles-ci renferment, sur l'action physiologique des feuilles de frêne et sur les conditions de leur efficacité thérapeutique, des indications que l'on ne trouve point dans les vieux auteurs. C'est ce qui nous a engagés à revenir aujourd'hui sur ce sujet.

L'un des faits les plus intéressants que nous trouvons dans la première de ces deux notes, est celui qui est personnel à l'un de ses auteurs, M. le docteur Peyraud. Atteint d'une attaque de goutte, contre laquelle il avait vainement usé de tous les moyens connus, M. Peyraud eut recours, sur l'indication d'un de ses clients, à l'usage des feuilles de frêne, et s'en trouva si bien, que dans un intervalle de quatre ans, de 1845 à 1849, il n'eut qu'un seul accès que l'usage du thé de frêne dissipa en cinq jours.

Encouragé par ce succès et par ceux que M. Peyraud lui dit avoir obtenus depuis sur plusieurs de ses clients, M. Pouget prescrivit l'infusion de frêne à un voyageur du commerce, goutteux depuis vingt ans, presque continuellement retenu dans sa chambre par des attaques successives. Après quinze jours d'usage de l'infusion, ce goutteux put reprendre ses voyages sans interruption.

M. Pouget affirme avoir obtenu le même succès dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu; il appuie cette assertion de la relation d'un fait de rhumatisme articulaire aigu, avec symptômes d'endocardite, soulagé dès la première infusion et dissipé en moins de dix jours par cette médication.

Voici le mode d'administration que ces médecins conseillent d'après leur expérience.

Il ont reconnu, d'abord, l'avantage de se servir des feuilles sèches mises en poudre fine.

On fait infuser chaque prise de poudre (une prise est d'un gramme) pendant trois heures, dans deux tasses d'eau bouillante (100 grammes). L'infusion est passée à travers un linge et édulcorée.

« Dans le cas de goutte aiguë, et au commencement surtout de l'attaque avec ou sans fièvre, on doit faire infuser deux prises dans trois tasses d'eau que l'on prendra : l'une le soir, au moment de se coucher, l'autre le matin, au lit, ou en se levant, et la troisième, au milieu de la journée, entre les deux repas.

« Il est nécessaire de continuer cette médication pendant une huitaine de jours après la disparition

des symptômes précités, à la dose seulement d'une seule prise de poudre pour deux tasses d'infusion.

« Dans la goutte chronique, on peut se contenter de deux tasses d'infusion par jour, une le soir et l'autre le matin; mais le traitement doit être continué pendant plus longtemps.

« En ayant recours à ce même mode de médication tous les mois, pendant huit à dix jours environ, les attaques peuvent être éloignées plus ou moins indéfiniment.

« Dans le rhumatisme aigu, cette infusion aide beaucoup l'action des moyens thérapeutiques ordinairement mis en usage dans ces cas, et elle active surtout la résolution des engorgements articulaires. »

Ajoutons, enfin, que d'après M. Marbotin, de Valenciennes, qui depuis plus de dix ans a constamment observé les effets heureux de l'administration des feuilles de frêne en infusion, l'action physiologique de cette substance se traduit soit, et le plus habituellement, par des sueurs abondantes, soit par une copieuse diurèse; circonstance qui peut jusqu'à un certain point aider l'esprit à se rendre compte du mode d'action thérapeutique de ces feuilles. Nous avons pensé que ces renseignements seraient utiles aux praticiens qui voudront expérimenter un moyen aussi simple et aussi facile.

---

**GANGRÈNE** *spontanée* (*Traitement de la*) *par la cautérisation transcurrente*. Sous le nom de gangrène spontanée, de gangrène sèche ou sénile, on comprend toutes les mortifications des extrémités résultant d'un obstacle direct ou indirect à la pénétration du sang artériel. La gravité de cette affection est généralement en rapport avec l'intensité de la cause première, c'est-à-dire qu'elle se mesure sur l'étendue des parties soustraites à la circulation artérielle. Quant au danger, il est constant, puisque, dans les cas les plus heureux, les malades n'échappent à la mort qu'au prix de mutilations cruelles. C'est donc avec une véritable satisfaction que nous avons lu le travail que vient de publier M. le docteur A. Didot, de Liège, sur le traitement chirurgical de la gangrène spontanée, travail qui semble ouvrir aux praticiens une ressource nouvelle contre une maladie si terrible.

Les indications que présente la gangrène spontanée peuvent se réduire d'une manière générale aux quatre suivantes : 1° arrêter la résorption putride; 2° limiter la mortification; 3° favoriser la séparation des parties gangrénées; 4° ramener dans le membre la circulation artérielle pour obtenir la guérison des plaies et prévenir le retour du mal. Ces indications, en l'absence d'un traitement médical suffisamment efficace, il semble que l'emploi énergique du fer rouge pourrait les remplir. M. Didot a pensé qu'à l'aide de ce moyen on pourrait supprimer la communication entre le foyer putride et les parties saines, borner la mortification en détruisant les tissus sains dans une assez grande étendue autour de la partie malade, et par le même procédé, en vertu de la stimulation organique qui en est la conséquence, favoriser le détachement des parties sphacélées, et le rétablissement de la circulation artérielle. C'est ce qu'il a exécuté avec succès dans le fait suivant, trop intéressant pour que nous ne le donnions pas avec quelques détails :

Le 8 décembre dernier, ce chirurgien fut consulté pour un homme de cinquante-cinq ans, faïencier, affecté d'une gangrène spontanée qui avait envahi déjà les deux phalanges du pouce de la main gauche. Cet homme, d'une forte et robuste constitution, d'une bonne santé habituelle, menant une vie sobre et régulière, portait les stigmates d'une vieillesse précoce, et paraissait beaucoup plus âgé qu'il ne l'était en réalité. Depuis plus de quatorze mois, des douleurs sourdes s'étaient fait sentir dans la profondeur du bras, de l'avant-bras et de la main, sans aucune manifestation extérieure; elles éclataient surtout à la suite d'un travail soutenu. Bientôt ce fut une sensation d'engourdissement, de froid, accompagnée d'élancements, de déchirures, qui partait de l'extrémité des doigts, s'étendait à la main, à l'avant-bras, et gagnait aussi le bras. Peu après, la pulpe des doigts et les ongles prenaient une teinte cyanosée, et en même temps des taches bleues se dessinaient çà et là sur le membre, pour disparaître à la suite de quelques frictions ou même d'un peu de repos. Traité successivement pour une affection rhumatismale, pour une lésion nerveuse, pour une affection musculaire

arthritique, et par des moyens très-divers, tels que ventouses, liniments de toute espèce, topiques chauds, applications froides, huile de foie de morue à l'intérieur, vésicatoire à demeure; le malade, qui n'en avait rien obtenu, prit le parti de ne plus rien faire, et continua de travailler comme à l'ordinaire, quoique le bras continuât de son côté à maigrir, à perdre de sa force, et surtout à se refroidir. Enfin, le 20 novembre, ce malheureux s'aperçut que le pouce était insensible, froid, desséché, noir, et malgré cela excessivement douloureux. D'un autre côté, les doigts de la main, plus cyanosés que les jours précédents, étaient aussi devenus le siége d'un engourdissement plus marqué. Pendant quinze jours le malade employa des applications styptiques, désinfectantes, excitantes, narcotiques, tout en faisant usage à l'intérieur tantôt de l'opium, tantôt du quinquina, et parfois de ces deux médicaments combinés. La mortification fit peu de progrès, à la vérité, ce qui s'explique d'ailleurs par sa marche essentiellement chronique, mais elle ne se limita point. En outre, les douleurs devinrent plus aiguës, surtout pendant la nuit; état fébrile sans type régulier, sueurs, soif, nausées, diarrhée, accablement, paresse morale et physique que rien ne pouvait surmonter. Ajoutons que les parties mortifiées exhalaient une odeur d'une fétidité insupportable.

Le 8 décembre, M. Didot trouva les deux phalanges du pouce de la main gauche noires, momifiées, et réduites au seul volume des os. La partie métacarpienne de cet organe était violette, froide, un peu œdématiée; mais il restait çà et là quelques languettes cutanées qui avaient échappé à la mortification. Les artères radiale et cubitale avaient cessé de battre; il fallait remonter jusqu'au tiers supérieur du bras, vers l'insertion deltoïdienne, pour trouver les pulsations artérielles. Dans ces circonstances, M. Didot fit chauffer à blanc un cautère linéaire de 3 millimètres environ; puis ayant fait tenir le patient par des aides vigoureux, il pratiqua une cautérisation circulaire, embrassant toute la racine du pouce et passant au milieu de l'éminence thénar. La peau seule fut détruite par cette première combustion, et cependant, cinq minutes après, les douleurs violentes avaient disparu, pour faire place à la sensation de brûlure qui, du reste, était fort supportable. Journée plus calme, accablement moindre, pas d'accès fébrile, voies digestives en meilleur état, sueur de bon aloi, et seulement deux selles assez liquides.

Le lendemain, la brûlure présentait un sillon noir, charbonné, parfaitement sec; mais aucune réaction vitale ne s'était produite, et la peau qui faisait suite à l'escarre circulaire était aussi pâle, aussi terne que si on eût cautérisé un cadavre. Du côté de la gangrène, tout était noir, et la mortification venait s'arrêter exactement à la délimitation tracée par le feu. Du reste, l'état général s'était beaucoup amélioré; nuit calme, pas de douleur, seulement engourdissement et refroidissement général du bras; appétit meilleur, teint et face plus naturels. M. Didot pensa que, bien que les symptômes les plus fâcheux eussent disparu, il n'avait rien gagné qui annonçât le retour prochain de la circulation, et qu'il y avait lieu, par conséquent, de revenir à une seconde cautérisation plus profonde et plus large du côté des tissus sains. La douleur fut atroce, mais elle ne dura que quelques minutes; une heure après, le patient était sur pied. (Application de compresses imbibées d'eau chlorurée, promenade au grand air, un peu de viande et de bière de saison). Les jours suivants, une rougeur très-légère d'abord, puis plus intense, se montra autour de la brûlure, annonçant un commencement de réaction vitale. En même temps, le membre reprit un peu de chaleur et perdit une partie de son engourdissement; le sillon délimitateur se creusa davantage et laissa suinter quelques gouttes de pus de bonne nature; d'un autre côté, l'état général s'améliorait rapidement, l'appétit renaissait, les digestions se faisaient bien, le sommeil était calme et tranquille et le malade se promenait toute la journée.

Cependant le 17 décembre, les choses restaient à peu près stationnaires depuis deux jours. Sans perdre de temps à des médications accessoires, M. Didot fit chauffer le cautère pour la troisième fois, et laboura le sillon primitif en détruisant les chairs aussi profondément que possible. Cette fois, la

douleur fut plus vive encore que les deux premières; mais elle ne dura également que quelques minutes. La brûlure fut pansée avec un onguent composé de styrax, de quinquina rouge et d'axonge, pendant que le pouce lui-même restait toujours couvert d'une compresse trempée dans l'eau chlorurée. Cette fois, le progrès fut rapide, car la réaction fut complète. La chaleur augmenta de jour en jour dans le membre, les doigts perdirent leur couleur violacée, une bonne suppuration s'établit dans le sillon brûlé, la santé générale se rétablit, et le 14 janvier M. Didot put désarticuler le métacarpien du pouce par le procédé en Y, en conservant assez de tissus pour recouvrir la plus grande partie de la plaie. Cependant l'opération présenta cela de particulier, qu'il ne s'écoula qu'une demi-cuillerée au plus de sang noir, et qu'il n'y eut pas de ligature à faire. Malgré ce défaut de jet artériel, la cicatrisation était parfaite le 10 février; la main était assez chaude, avait une bonne couleur et n'était plus engourdie. L'artère humérale restait toujours imperméable en dessous du tiers supérieur du bras; mais la collatérale profonde recevait sans doute le flot sanguin, puisque vers le tiers inférieur de l'avant-bras, sur le trajet de la cubitale, on percevait une sorte de battement ou de frémissement artériel. Les veines de la main et de l'avant-bras se dessinaient sous la peau et donnaient passage à une colonne sanguine, dont la mobilité put être facilement constatée. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, t. XI, n° 5.)

---

**GENÊT** (*Recherches sur les principes actif du*). Le genêt à balai (*genista* (spartium) *scoparia*) est un arbrisseau très-commun dans nos bois et nos landes, dont les propriétés diurétiques et purgatives se trouvent signalées par Pline et Dioscoride; plus près de nous, Cullen et Sydenham ont constaté ces deux actions. M. Stenhouse vient de rechercher les principes particuliers auxquels cet arbrisseau doit ses propriétés. Ce chimiste a trouvé que la décoction aqueuse du genêt, réduite à un dixième, fournit une masse gélatineuse, qui consiste principalement en un principe impur qu'il désigne sous le nom de *scoparine*. La scoparine est une matière jaune qui, à l'état pur, se présente sous la forme de cristaux étoilés, soluble dans l'eau bouillante et dans l'alcool; sa formule chimique est $C^{10}\ H^{11}\ O^{10}$. M. Stenhouse dit s'être assuré par de nombreuses expériences que c'est bien à la scoparine que sont dus les effets qu'on obtient de l'emploi du genêt; aussi conseille-t-il d'employer isolément à l'avenir ce principe, à la dose de 25 à 30 centigrammes pour un adulte. L'action de ce principe se manifeste ordinairement douze heures après son administration; elle consiste à doubler au moins la quantité de l'urine.

Le genêt renferme encore un autre principe, la *spartéine*, que M. Stenhouse obtient en distillant les eaux mères de la scoparine. Cette nouvelle base organique, liquide, incolore, volatile, d'une saveur très-amère, est douée, suivant cet expérimentateur, de propriétés narcotiques fort prononcées. Une seule goutte de spartéine, dissoute dans l'alcool, occasionna chez un lapin un narcotisme qui dura cinq à six heures; chez un autre lapin, 20 centigrammes du même principe produisirent d'abord des mouvements convulsifs, puis de la torpeur, et enfin, après trois heures, la mort. M. Stenhouse pense que les différences d'effet que les médecins ont obtenues de l'emploi du genêt dépendent de ce que les proportions de scoparine et de spartéine peuvent varier dans la plante, suivant les localités où on l'a récoltée. (*An. chem. und pharm.*, t. 78, et *Ann. de Roulers*, 1852-1853.)

---

**HYDROPISIES** (*Effets diurétiques du calomel à haute dose dans les*). On sait qu'associé à la scille, au nitrate de potasse, et quelquefois à la digitale, le calomel est administré très-souvent avec succès dans les hydropisies; mais il y a des cas dans lesquels ce traitement échoue, ainsi que les autres diurétiques, et dans lesquels, par conséquent, le médecin est obligé d'aller à la recherche de quelque traitement plus actif et plus efficace. C'est dans ces circonstances, dit M. Mac Kee, que le calomel à haute dose, de 1 à 5 gramm., administré le soir, deux ou trois jours de suite, rend les plus grands services, non-seulement en purgeant largement, mais encore en produisant une diurèse abondante, et en même temps une sédation, suivie

d'un sommeil qu'on demanderait vainement à l'opium ou à toute préparation hypnotique. Le mode ordinaire d'administration consiste à donner 2 grammes 50 centigr. de calomel tous les soirs, trois jours de suite, et, si l'on n'obtient pas l'effet désiré, on attend quelques jours et on revient au calomel, à la dose de 4 ou 5 gramm. Néanmoins, M. Mac Kee a rarement dépassé 2 gr. 50 c., et, dans un seul cas, il a donné 5 gramm., dose qui fut suivie d'abord d'abondantes évacuations, puis, très-peu de temps après, de diurèse. Il est rare que la première dose ait des effets diurétiques; mais après la seconde c'est le cas le plus habituel, et, après la troisième, il est très-rare que la diurèse fasse défaut. Dans quelques cas, le calomel détermine de violents vomissements et agit comme émélo-cathartique; mais il ne faut pas trop se préoccuper de cet accident, qui n'a aucune conséquence fâcheuse, et facilite plutôt l'action du médicament. Pendant ce traitement, les malades doivent éviter avec soin les boissons froides et se gargariser souvent et largement avec du vinaigre; s'il y a beaucoup de prostration, on peut donner aux malades sans inconvénient quelques toniques généreux. Ces toniques paraissent même aider à l'action diurétique. Dans tous les cas, le régime doit être assez sévère, et toute exposition au froid, à l'humidité aurait des inconvénients.

On pourrait s'attendre, avec des doses aussi énormes de calomel, à des salivations épouvantables. D'après M. Mac Kee, la salivation est, au contraire, une exception, quand le traitement est bien dirigé. Il n'y a donc pas à se préoccuper de cette éventualité, et, lorsque la salivation survient, elle n'est pas plus grave ni plus difficile à réprimer que celle qui se produit souvent après l'administration de quelques grains seulement de ce sel. Je ne recommande pas ce traitement, ajoute ce médecin, dans tous les cas d'hydropisies; il en est qui sont fonctionnelles ou qui succèdent à des maladies aiguës, qui cèdent, par conséquent, assez rapidement aux moyens ordinaires; mais c'est surtout dans les cas dans lesquels il y a dérangement dans les fonctions du foie et de la rate, et lorsqu'on a échoué avec les traitements usuels, que l'on peut recourir aux propriétés diurétiques du calomel à haute dose. Ces propriétés diurétiques se montrent encore, d'une manière bien remarquable, dans le cas d'affection organique du cœur.

Si les malades sont délicats, ou si on a affaire à des femmes, il suffit de 1 gr. 50 à 2 gramm. M. Mac Kee cite le cas d'une dame de cinquante ans, arrivée à la dernière période d'un hydrothorax, avec toux, expectoration sanglante, dyspnée, impossibilité de se coucher, anasarque et ascite, à laquelle il fit prendre 1 gr. 50 c. de calomel et quelques cuillerées de wiskey, le soir, en se couchant. Abondantes garderobes; nouvelle dose de calomel le lendemain. Cette fois, il y eut un vomissement avec quelques garderobes, et la diurèse s'établit. La malade était si fortement soulagée le troisième jour, qu'elle avait pu se coucher, dormir et se lever seule. La toux et l'expectoration avaient cessé, ainsi que la dyspnée. Cette dame a eu une salivation assez abondante, qui a cédé assez promptement aux moyens ordinaires. Les ferrugineux et la quinine ont achevé la guérison.

M. Mac Kee insiste, en effet, sur ce point, qu'après l'emploi du calomel les malades doivent prendre, pendant quelque temps, des préparations ferrugineuses, se couvrir de flanelle, et, s'il y a de la constipation, prendre quelques purgatifs salins. Si l'hydropisie se reproduit, il faut revenir au calomel à haute dose, et si celui-ci est contre-indiqué, M. Mac Kee dit s'être bien trouvé de l'administration de la teinture alcoolique de l'*asclepias syriaca*, ou herbe à l'ouate, préparée en faisant macérer pendant quinze jours 30 grammes de la racine fraîche dans 500 grammes d'alcool, et en ajoutant à cette teinture 1,000 grammes d'une forte décoction de salsepareille, avec 4 gramm. d'alun en poudre, une cuillerée trois ou quatre fois par jour. Cette teinture, ainsi préparée, produit deux ou trois garderobes, agit comme diurétique et tonique, augmente l'appétit et les forces.

Sans entrer dans une longue discussion au sujet du travail de M. Mac Kee, il nous suffira de faire remarquer que, si ce médecin a obtenu du calomel à haute dose des effets diurétiques, ce n'a été, ainsi que cela a lieu fort souvent, que par l'intermédiaire de l'action pur-

gative, et, très-probablement, dans des cas où la maladie du foie était consécutive à une affection du cœur. Ce traitement est une médication vraiment héroïque, mais, par cela même, il faudrait se garder de l'employer dans des cas où l'on pourrait espérer quelque chose par d'autres moyens moins énergiques et aussi moins dangereux. (*Philadelphia med. Exam.*)

---

**OPHTHALMIE PURULENTE** *des nouveau-nés* (*Traitement de l'*) *par les injections d'alun et les onctions d'axonge*. La gravité bien connue de l'ophthalmie purulente des nouveau nés et l'insuffisance trop réelle de la plupart des médications qu'on dirige contre cette maladie nous engagent à donner de la publicité au traitement qui est suivi d'une manière générale à l'Hôpital ophthalmique de Londres, où affluent un si grand nombre de cas de ce genre. C'est principalement dans l'emploi des injections répétées entre les paupières que ce traitement consiste. M. Bowman fait faire plusieurs fois dans la journée des injections alumineuses avec alun 20 centigrammes, eau 30 grammes, et de plus fait oindre le bord des paupières avec de l'axonge, afin d'en prévenir l'adhésion. Si l'inflammation est très-vive et récente, il débute par une injection avec une solution de nitrate d'argent (20 centigr. pour 30 gram.), et continue avec les injections alumineuses. Ces dernières, qui ont pour but de déterger les muqueuses, sont renouvelées toutes les demi-heures, toutes les heures, ou toutes les deux heures, suivant l'intensité de l'inflammation et la rapidité avec laquelle se renouvelle la sécrétion purulente. Après chaque injection, on oint de nouveau le bord des paupières pour prévenir leur agglutination. Pas de sangsues, de vésicatoires, ni d'autres moyens accessoires; encore moins de cautérisation avec le nitrate d'argent ou d'onctions avec une pommade concentrée de ce sel. M. Bowman pense, contrairement à l'avis de M. Mackenzie, que l'emploi des sangsues peut être évité, et présente d'ailleurs de sérieux inconvénients chez les jeunes enfants. Les injections astringentes peu concentrées, telles que celles d'alun, lui paraissent l'emporter sur la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent, surtout parce qu'elles sont moins douloureuses et permettent de toucher tous les points de la membrane enflammée.

Les bons effets de ce traitement, dit M. Bowman, ne tardent pas à se montrer. Diminution marquée dans l'abondance de l'écoulement, qui passe à l'état muqueux; diminution de l'injection, de la photophobie et du spasme, aussi bien que de l'agitation. Peu de jours suffisent en général pour amener ce résultat, et les choses ne tardent pas à marcher encore plus rapidement vers la guérison. L'avantage de cette méthode, dit M. Bowman, c'est qu'elle est également applicable à toutes les périodes de l'inflammation, caractérisée par l'exsudation purulente. Employée de bonne heure, elle sauve l'œil; employée plus tard et lorsque la cornée a suppuré ou s'est ulcérée, lorsque l'iris ou le cristallin ont fait hernie au-dehors, elle a encore pour effet salutaire d'arrêter le désordre et de prévenir une destruction ultérieure. Il ne faudrait pas croire du reste que M. Bowman ne mette jamais en usage de traitement général : au contraire, il accorde toujours une attention particulière à l'état du tube digestif, à la constitution et au tempérament des petits malades, et prescrit les remèdes qui lui paraissent appropriés à chaque cas particulier.

M. Bowman a ajouté quelques détails pratiques sur la manière de faire les injections, détails que nous croyons devoir reproduire, par cela même que cette petite opération présente quelques difficultés, et que, mal faite, elle est sans aucune influence sur la marche de la maladie. L'enfant est couché sur le dos, la tête inclinée de côté, sans bonnet, et plié jusqu'au cou dans une alèse ou dans un drap, de manière à éviter de le mouiller; puis l'opérateur, qui est assis, place la tête de l'enfant entre ses genoux, entr'ouvre délicatement les paupières avec l'index et le pouce de la main gauche, placés, l'un sur la paupière supérieure, l'autre sur l'inférieure, et en ayant soin de les faire reposer sur le bord de l'orbite pour ne pas comprimer le globe de l'œil, glisse la canule mousse et à jet très-fin de la seringue, qui ne doit pas contenir plus de 4 onces, dans l'écartement des paupières, et injecte le liquide dans différentes directions, afin de

balayer les mucosités et le pus. Une seule injection suffit ordinairement à chaque fois. — On voit que le traitement recommandé par M. Bowman remplit les indications principales du traitement de l'ophthalmie purulente, enlever les mucosités et le pus, modifier les surfaces enflammées. Peut-être cependant trouvera-t-on cette médication un peu insuffisante pour les cas très-graves; et pour notre part, nous serions tout disposé à y joindre l'emploi du calomel à doses réfractées, comme moyen purgatif et altérant surtout. Nous ferons remarquer également que ce traitement rappelle, par la fréquence des injections, les irrigations froides avec lesquelles M. Chassaignac a obtenu de si remarquables succès dans ces derniers temps. (*London Journal of med.*)

---

**PLOMB** (*Observation d'entéralgie saturnine déterminée par le blanchiment des gants à l'aide du carbonate de*). Le nombre des industries qui emploient les préparations de blanc de céruse est considérable, et explique le grand nombre de paralysies saturnines dont on est témoin lorsqu'on suit la pratique des hôpitaux. Nous ne devons pas craindre de revenir sur cette question, car la nature des premiers accidents échappe presque toujours à l'attention des praticiens, témoin l'observation suivante, publiée par M. Haime.

« M. G..., ébéniste à Tours, actuellement âgé de trente-neuf ans, avait éprouvé deux fois, à quelques mois d'intervalle, la plupart des symptômes propres à l'intoxication saturnine, tels que douleurs abdominales plus ou moins vives, avec exacerbations le soir, nausées, vomissements bilieux, évacuations alvines rares et dures, constipation; anorexie très-prononcée, rétraction des parois du ventre, liseré ardoisé des gencives, bouche mauvaise, fétidité de l'haleine, insomnie, face pâle et jaunâtre, pouls normal et même plus lent que de coutume. Ces symptômes, chez un ouvrier étranger aux travaux où s'emploient les préparations de plomb, n'avaient point précisément appelé mon attention de ce côté, et avaient d'ailleurs cédé assez facilement aux adoucissants et aux calmants, suivis de légers purgatifs. Mais à quelque temps de là, s'étant renouvelés une troisième fois avec plus d'intensité et avec accompagnement de douleurs dans les membres et d'une faiblesse insolite de l'action musculaire, je pressai le malade de questions, pour savoir si dans son hygiène ou ses habitudes je ne trouverais pas de quoi expliquer ces accidents, lorsque j'appris qu'il aidait sa femme dans son industrie consistant à blanchir et apprêter les gants sales, à l'aide du carbonate de plomb réduit en poudre très-fine. Cette découverte fut tout une révélation, et elle me parut suffisante pour établir et indiquer la marche à suivre dans ce singulier cas.» Ainsi il a fallu deux récidives pour éclairer notre honorable confrère sur la nature des accidents, quand la présence du liséré des gencives dès le début devait permettre de diagnostiquer tout d'abord une intoxication saturnine. Si nous insistons sur ce point, c'est que le diagnostic, dans les cas de cette espèce, ne conduit pas seulement à une thérapeutique plus efficace, mais surtout qu'il porte le médecin à rechercher dans la manière de vivre du malade la source des accidents, et tout en éclairant les ouvriers sur la cause de leurs maladies, de pouvoir leur signaler les moyens de les éviter. C'est ce qu'a fait M. Haime dans cette circonstance; il a engagé cet homme à abandonner le blanc de plomb, cause des accidents répétés qu'il avait éprouvés, et à essayer de le remplacer par le blanc de zinc. Depuis deux années que le conseil a été suivi, cet homme, ainsi que sa femme, n'ont subi aucun accident. Leur mère, qui exerce la même industrie, a profité de leur exemple, et a vu à son tour la fin des symptômes dont la cause et la nature avaient échappé aussi au médecin qui leur donnait des soins. M. Haime ajoute, en terminant, que l'industrie de ces pauvres gens, par l'emploi du blanc de zinc, n'a pas perdu pour cela de sa perfection, et qu'elle a même trouvé une véritable économie. Ce fait montre que le rôle du médecin s'élargit avec l'étendue de ses connaissances, et cela au profit de l'humanité. (*Union médicale*, novembre.)

## VARIÉTÉS.

—

### MÉTHODOLOGIE MÉDICALE.

Par M. le professeur FORGET.

(Suite et fin.)

L'élève clinicien doit d'abord se montrer attentif aux remarques du maître, puis constater directement les phénomènes que celui-ci a signalés. Il doit le faire avec indépendance et sans obséquiosité, c'est-à-dire qu'après examen il doit déclarer franchement s'il perçoit ou ne perçoit pas les symptômes indiqués. Il doit ingénûment faire part au professeur de son impuissance, de ses doutes et même de ses propres découvertes. Car il faut bien se figurer qu'un enseignement clinique où règne l'harmonie est une véritable école mutuelle où chacun doit apporter son tribut d'attention et de sagacité. Le maître, préoccupé de l'ensemble de ses nombreux malades, du soin de recueillir et de formuler ses observations et ses pensées, souvent aussi pressé par le temps qui menace de lui manquer, passe rapidement près de certains malades, abrége certaines investigations et laisse parfois échapper des détails plus ou moins intéressants. C'est alors pour l'élève attentif, plus maître de son temps et plus libre d'esprit, un devoir de faire part au professeur de ce qu'il a pu découvrir, et cela dans l'intérêt de tous, du malade comme de l'auditoire. Dût cette communication porter à faux, elle peut devenir l'occasion de remarques et de développements utiles de la part du professeur, car l'erreur quelquefois sert plus à l'instruction que la vérité même, en frappant l'attention et nous mettant en garde contre les causes de déception.

J'ai dit plus haut que les *observations* cliniques, au lieu d'être consignées sur un registre, doivent plutôt être recueillies sur des feuilles volantes, puis colligées par ordre de matières, dans des enveloppes séparées, et déposées dans un carton, afin de pouvoir être ultérieurement retrouvées avec facilité, détachées, groupées diversement pour les besoins actuels, soit pour servir à la confection d'une thèse, soit dans tout autre but. Vous pourrez provisoirement les classer dans l'ordre de nos comptes-rendus de clinique, c'est-à-dire par appareils. Ces recueils d'observations sont de précieuses archives que vous retrouverez plus tard avec bonheur, ne fût-ce que pour éclairer votre pratique. Edifiés sans intention préconçue, ces recueils sont, dans maintes circonstances, devenus l'origine et la base d'une brillante et solide renommée, en fournissant la matière de glorieux travaux.

Parmi les élèves des cliniques, il en est qui se trouvent officiellement attachés au service des salles, sous le titre de *stagiaires*. Les jeunes gens considèrent le plus souvent ces fonctions comme une corvée plutôt que comme un élément d'instruction. Ils n'envisagent que le temps et les dégoûts qu'il leur en coûte, et ne comptent pour rien l'habitude et la dextérité qu'ils y peuvent acquérir.

Combien de jeunes médecins sortant des écoles qui ne savent pas même confectionner un cataplasme, rouler une bande, appliquer des sangsues et panser un vésicatoire, à la honte du diplôme et à leur propre confusion!

(1) Voir la livraison du 15 novembre, p. 425.

lorsqu'ils sont mis en demeure de révéler leur ignorance des moindres détails et leur maladresse dans l'exécution.

Le devoir des stagiaires est de prêter attention aux prescriptions du médecin, afin de ne pas commettre de ces grosses erreurs dont l'humanité peut être victime, et de ne pas appliquer, comme on dit, l'emplâtre à côté du mal. Ils doivent rigoureusement procéder eux-mêmes à l'exécution des ordonnances, et ne pas se rejeter sur la sœur ou sur l'infirmier; car l'élève est responsable devant sa conscience d'abord, puis devant ses chefs de service. Il devra donc faire lui-même les pansements et les petites opérations qui lui sont confiées, en se conformant à toutes les règles de l'art. Il le doit d'abord pour s'habituer à bien faire, puis pour pouvoir répondre sciemment aux questions que le médecin peut lui faire sur les détails de son service. C'est aux stagiaires qu'il appartient plus spécialement d'aider le professeur dans ses investigations et dans ses opérations; à eux il appartient de mettre la main aux autopsies, conjointement avec le chef de clinique, etc.

Au stagiaire incombe la mission pénible, délicate et importante de tenir les cahiers de visite. Je dis mission pénible, car elle exige une attention sérieuse, incessante, afin de ne rien laisser échapper des moindres prescriptions formulées par le médecin.

Je dis mission délicate, car elle exige certaines qualités d'esprit et beaucoup d'habitude. Netteté de conception, rapidité de rédaction, scrupuleuse exactitude, sont autant de facultés indispensables, car l'intelligence et la plume doivent rivaliser de prestesse avec la parole du médecin. Pour cela faire, il existe un système d'abréviation que dictent le tact et l'habitude, système qui consiste à supprimer les phrases, les mots, les syllabes parasites, et à se borner à des fragments de mots, à des lettres, à des chiffres et autres signes que le médecin puisse facilement interpréter. On ne transcrit d'ailleurs que les prescriptions nouvelles, mais toujours de manière à ce que le chef ait sous les yeux le traitement complet, nettement exprimé.

Je dis enfin que cette mission est importante, car le cahier de visite est le guide pour l'administration des remèdes et des aliments, de sorte qu'une formule erronée peut entraîner de grands malheurs; et, de plus, le cahier dirige le médecin au lit du malade, et sert au professeur de *memento* pour la trame de ses leçons.

Aussi la tenue des cahiers de visite fait-elle l'éloge ou la critique des élèves qui en sont chargés. Pas n'est besoin de dire combien cette occupation fortifie l'instruction, soit en fixant l'attention sur les actes et les paroles du médecin, soit en initiant l'élève à l'art de formuler.

La tenue des cahiers de visite est un solide noviciat et un prélude essentiel aux fonctions d'*aide*, ou mieux de *chef de clinique*. L'aide ou le chef de clinique est plus que le bras droit du professeur, il en est le représentant, l'*alter ego*, en ce qui concerne le service des malades, auquel il doit être rompu. Il lui faut nécessairement s'identifier à l'esprit et aux pratiques du maître. Aussi, dans les autres facultés, est-ce un docteur en médecine choisi par le professeur qui remplit ces fonctions durant plusieurs années. Il semble, en effet, que toutes ces conditions soient indispensables au bien des malades et au lustre de l'enseignement. Il est fâcheux que les besoins de l'instruction de nos élèves ne leur permettent qu'un rapide passage dans chacune des cliniques; car on conçoit que l'habitude est nécessaire au parfait accomplissement d'un pareil mandat. Lorsque le professeur trouve à

chaque trimestre une éducation à faire, un nouveau suppléant à former, le service médical, et même l'enseignement, doivent nécessairement en souffrir. Mais acceptons ce qui est, et voyons ce qu'il faut faire.

L'aide de clinique doit précéder le professeur à la visite du matin, pour prendre connaissance des événements survenus depuis la veille, et les faire connaître à son chef, qui prendra ses dispositions en conséquence ; car, s'il y a plusieurs malades nouveaux, le temps exigé par ceux-ci abrégera d'autant les instants que le médecin eût consacrés aux autres malades ; s'il y a des décès ou d'autres graves événements, le professeur doit les connaître à l'avance, pour se recueillir avant de s'expliquer sur ces accidents.

L'obligation, sinon la plus importante, au moins la plus laborieuse du chef de clinique est de rédiger les feuilles d'*observations*. Ces feuilles sont le produit net de l'œuvre clinique. Elles constituent le guide du médecin en lui rappelant l'histoire de la maladie, et servent de base à l'enseignement oral. Elles forment la matière essentielle des résumés semestriels que nous sommes dans l'usage de vous présenter au terme de chacun de nos exercices ; enfin, elles sont le *substratum* scientifique de nos actes journaliers, les fidèles archives de nos travaux, la source précieuse où nous puisons les éléments des publications destinées à propager les enseignements de notre école, et à faire progresser la science, autant qu'il est en nous.

La tenue des feuilles d'observations exige de la part du chef de clinique une attention, une sollicitude incessantes. Durant les visites et les conférences, la plume du chef de clinique doit être, en quelque sorte, appendue aux lèvres du professeur, pour saisir au passage tout ce qui en émane relativement au diagnostic et au traitement des maladies, aux aperçus particuliers ou généraux, théoriques ou pratiques, relevant des faits observés. Tous ces détails doivent être consignés sur la feuille d'observation, séance tenante. C'est une pratique vicieuse que de recueillir des notes à part durant la visite et la leçon, soi-disant pour les transcrire après coup sur la feuile du malade. Cette pratique est vicieuse d'abord, parce que, durant la visite, l'aide doit avoir sous les yeux l'observation tout entière, pour en suivre la filiation, et n'y consigner que les détails utiles, et afin de pouvoir répondre immédiatement au médecin sur les antécédents du malade. Cette pratique est vicieuse encore, parce qu'il arrive presque toujours que l'élève n'a pas le courage de ses intentions, et qu'il néglige de tenir les feuilles au courant ; d'où résulte une désorganisation déplorable, et la perte des faits les plus précieux ; puis, finalement, l'impossibilité de fournir un résumé fidèle et complet des observations à la fin de l'exercice. Deux fois nous avons été victime de cette coupable négligence qui constitue un triple attentat à l'humanité, à l'enseignement et à la science. L'aide de clinique est donc responsable devant vous, comme devant nous, comme devant sa conscience, de la manière dont il remplit ses devoirs. Il est vrai qu'ainsi recueillies jour par jour, les observations offrent un ensemble assez informe ; mais l'essentiel est que tous les détails importants s'y trouvent consignés ; la mise au net n'est plus qu'une affaire de rédaction qui regarde celui dont l'intention serait d'utiliser ces matériaux.

L'aide de clinique est la cheville ouvrière du service : il remplace le professeur absent ; il le seconde pendant son office ; souvent il l'éclaire en lui communiquant le résultat de ses propres investigations. L'aide est spécialement chargé de la contre-visite du soir. C'est alors qu'il s'assure de

l'exécution des prescriptions du matin, qu'il revoit les malades gravement affectés, et qu'il examine les malades entrants dont il consigne les antécédents sur la feuille d'observation. Livré à lui-même, il porte son diagnostic et formule son traitement, en attendant le lendemain. Vous comprenez ainsi combien il importe que l'aide soit pénétré des doctrines et de la pratique du médecin dont il lui faut, en quelque sorte, préjuger les idées et les actes. Il doit, néanmoins, conserver son libre arbitre, car il répond, pour le moment, de ses propres déterminations. Heureux lorsque ses principes personnels sont l'expression même de ceux du maître; car autrement il en résulterait des collisions dont l'effet serait de détruire l'harmonie, et de porter atteinte à la dignité médicale non moins qu'à l'autorité professorale. Bien que le hasard préside seul au choix de nos aides de clinique, je déclare avec bonheur qu'entre eux et nous jamais n'ont surgi de graves dissentiments; précieux accord qui résulte probablement d'une respectueuse condescendance d'une part, et d'une paternelle bienveillance de l'autre.

Une des principales attributions de l'aide de clinique est l'exécution des autopsies, sous les yeux et la direction du médecin. Exercice rebutant, mais d'une immense utilité; occasion précieuse, irréparable, de s'initier aux ravages matériels de la maladie. Indépendamment du scalpel, il arrive assez souvent aujourd'hui que le microscope et les réactifs réclament leur intervention dans ces mystérieuses investigations nécrologiques. Il va sans dire que les autopsies forment le complément indispensable des études cliniques, et que tous les habitués du cours sont tenus rigoureusement d'y assister. N'épargnez donc ni le temps ni la peine que réclame l'amphithéâtre, car il vous arrivera de regretter toute la vie d'avoir négligé ce côté positif de la science, alors que, rendus à vous-mêmes, l'occasion vous sera refusée d'interroger les dépouilles mortelles, et de chercher, dans les révélations du cadavre, un appui pour vos convictions, un refuge pour votre conscience.

Vous comprenez que de pareilles exercitations doivent prodigieusement fortifier ceux qui s'y livrent avec ardeur et constance. Aussi, le disons-nous avec orgueil, les élèves qui, de tout temps, ont rempli ces laborieuses fonctions dans les cliniques de la Faculté, sont presque tous devenus des praticiens très-distingués, et même des savants renommés.

J'ai fini de vous suivre dans vos diverses conditions d'auditeur, de spectateur et d'acteur; le jour touche à sa fin, nous avons vu se fermer les portes de la Faculté. Vous rentrez légèrement éblouis des objets nombreux et variés qui ont frappé votre esprit et vos sens, mais confiants dans les commémoratifs consignés dans vos carnets fidèles. Après quelques instants accordés au repos, la veillée commence, et c'est alors qu'il s'agit, si vous n'avez pu le faire dans la journée, de résumer avec soin et méthode les produits un peu confus de la moisson du jour. Vos cahiers de leçons, vos registres alphabétiques s'ouvrent pour la mise au net des annotations scolastiques.

Ce devoir accompli, à peine vous reste-t-il quelques instants à donner à vos livres classiques. Mais, quelque intérêt que vous preniez à ces lectures, la matière est bien sérieuse, la forme en est bien grave, bien monotone, et l'heure du repos est trop voisine pour que vous ne sentiez pas vos paupières s'appesantir, et le livre glisser de vos mains si vous n'usez de

quelque expédient pour vous tenir éveillés. Je vais vous indiquer un moyen plus simple et moins gênant que la boule tenue au-dessus du vase de métal, dont usait certain philosophe de l'antiquité : c'est tout simplement de lire la plume à la main, c'est-à-dire de consigner par écrit les passages qui frapperont votre attention et que vous voudrez fixer dans votre mémoire. Ici, deux procédés viennent s'offrir : le premier, c'est de marquer d'un signe en marge les détails que vous transcrirez, après votre lecture achevée ; le second, et le plus sûr, c'est de transporter immédiatement, à mesure que vous les rencontrez, ces mêmes extraits sur le registre alphabétique.

Si vous voulez faire largement les choses, vous aurez autant de registres que de matières principales : un pour la pathologie interne, un autre pour la chirurgie, un troisième pour les accouchements, etc.

Il est un procédé mnémonique trop fructueux, dans une foule de cas, pour ne pas vous le recommander tout particulièrement : c'est celui des tableaux synoptiques dressés par vous-mêmes. Ce procédé se prête à tous les genres de travaux, lorsqu'il est manié par un esprit industrieux. Il s'agit de faire entrer dans un carré de papier et dans un ordre rationnel, avec divisions et accolades, les détails principaux d'une question quelconque. Il suffit ensuite d'un simple coup d'œil jeté sur cette note pour vous remémorer les éléments essentiels du plus vaste sujet. Ce travail synthétique est un excellent moyen de vous inculquer cet esprit de méthode sur la nécessité duquel on ne saurait trop insister. Vos maîtres vous donnent fréquemment l'exemple de ce procédé dans leurs leçons et dans leurs livres. Permettez-moi de vous rappeler, notamment, les quelques *tableaux* insérés dans mon *Précis des maladies du cœur*. Ces résumés synoptiques des divers objets de vos études sont particulièrement d'un grand secours pour la préparation aux examens et aux concours de toute espèce. Ayant acquis tous mes degrés dans ces luttes laborieuses, je puis mettre en avant ma vieille expérience. On peut aussi facilement loger dans un petit cahier toute la matière d'un concours, travailler en se promenant, et dire comme Bias, *omnia mecum porto*. En s'y prenant un peu de longue main, il arrive un moment où l'on se trouve armé de manière à pouvoir engager immédiatement une lutte quelconque.

Ceci me conduit naturellement à vous dire quelques mots de la théorie des examens et des concours. Or, tout ce qui précède abrége singulièrement ma tâche, car nous venons d'apprendre à travailler, et le secret du triomphe dans l'arène scientifique se formule en deux mots : *travail méthodique*.

Vous vous rappelez cet agriculteur romain que la fécondité de son champ fit accuser de sortilége : il n'eut, pour confondre ses ennemis et gagner son procès, qu'à produire ses bras musculeux et ses instruments aratoires. Tel est aussi le sortilége de ceux de vos condisciples que vous voyez briller dans les actes académiques. Ils portent sur leur bannière : *labor improbus et ingeniosus*. Qu'il s'agisse d'une épreuve à passer, d'un concours à soutenir, d'une thèse à composer, leurs instruments sont là : registres, recueils d'observations, tableaux synoptiques, etc., trésor ineffable qu'il suffit d'exhumer à l'instant voulu.

J'arrive au terme de ma mercuriale, et jusqu'ici, trop rigide mentor, je n'ai parlé que de travaux incessants, uniquement dirigés vers le but scientifique, sans aucune mention d'agréables loisirs et de ces distractions phy-

siques et morales si nécessaires à votre âge. C'est que vos instincts parlent généralement assez haut dans ce dernier sens, pour n'avoir pas besoin d'être encouragés, et nous avons demandé beaucoup dans l'espérance d'obtenir au moins quelque chose. Néanmoins, à ceux de vous qui ont le goût des loisirs de l'esprit, je veux bien faire une concession, comme délassement et récompense des labeurs de la journée; mais c'est à condition que vous me garderez le secret, car il s'agit d'une de ces infractions à la gravité médicale que le public ne pardonne pas. A peine même si j'ose me hasarder, tant j'ai peur de vous ouvrir une voie fatale : ce délit est celui de littérature. Vainement vous aurez consumé toute votre jeunesse pour arriver à comprendre la langue, à sentir le génie d'Homère et de Virgile, l'opinion vous ordonne de les oublier et de rompre avec eux, aussi bien qu'avec les coryphées des littératures modernes. Malheur au médecin qui révèle dans un langage éloquent la finesse et la culture de l'esprit; c'est un homme léger et futile, dénué de science et de profondeur. Il n'y a de succès dans le monde que pour le praticien à l'esprit lourd, inculte, au verbe froid, incolore et soporifique. Celui-ci est l'homme profond, absorbé, dit-on, dans la gravité de ses pensées... Consacrez donc, mais en secret, à l'ornement de votre esprit, les instants que tant d'autres perdent journellement en dissipations et en intrigues. On raconte qu'un orateur de mœurs suspectes reprochait un jour à Démosthène que ses discours sentaient l'huile. « Sans doute, répondit celui-ci, mais il y a quelque différence entre ce que toi et moi faisons à la lumière de la lampe. » Et croyez bien que ces exercices littéraires ne seront pas entièrement perdus ; car, indépendamment des jouissances intellectuelles, vous en recueillerez les fruits positifs, alors qu'il s'agira d'exposer vos pensées *ore aut calamo*. Ainsi, vous n'aurez point à rougir de votre insuffisance lorsque viendra le jour, soit de rédiger une composition dans un concours, soit de subir cette malencontreuse épreuve latine du cinquième examen où viennent si piteusement se trahir tant d'éducations manquées ; soit enfin de réaliser l'œuvre imprimée qui doit couronner votre noviciat, tâche impossible à tant de néophytes réduits à la honteuse nécessité d'emprunter frauduleusement une plume étrangère.

Voilà, j'en fais l'aveu, des pensées bien banales, des exhortations bien vulgaires; mais la plupart de vous conviendront, à leur tour, que ces pensées ont rarement préoccupé leur esprit, et que ces exhortations ont toujours glissé sur leur conscience. C'est que la voix de la sagesse est facilement dominée par celle des instincts et des passions tumultueuses, naturelles à votre âge. Chacun de vous aurait besoin d'avoir toujours à ses côtés un génie bienveillant et sévère qui le détournât du sentier du mal et le dirigeât incessamment vers celui du bien. C'est ce rôle qu'aujourd'hui j'ai voulu remplir auprès de vous. Si ce n'est pas le moyen de vous plaire, c'est au moins celui de vous servir et d'acquitter religieusement la dette que m'impose l'honneur de guider vos pas chancelants dans la carrière de la science et du devoir.

---

S. M. l'Empereur, accompagnée des ministres de la guerre, de l'intérieur, et de deux aides de camp, est allée visiter l'Hôtel-Dieu le 1er décembre. Reçu par l'archevêque de Paris, les préfets de la Seine et de police, et par le directeur de l'assistance publique, entouré du personnel médical de l'éta-

blissement et des religieuses, l'Empereur, après s'être d'abord rendu à la chapelle, a visité plusieurs salles où il a laissé aux pauvres malades de nombreuses marques de sa munificence. S. M. a adressé les paroles les plus flatteuses à M. le professeur Roux, et a donné la décoration de la Légion-d'Honneur à M. le docteur Bouchut, chargé par intérim d'un service dans cet hôpital.

D'importantes modifications seraient, dit-on, sur le point d'être introduites dans l'administration des secours hospitaliers et des secours à domicile dans la ville de Paris, modifications ayant pour but de rendre moins facile l'entrée des hôpitaux, principalement pour les malades étrangers au département, à moins que les communes ou les départements auxquels ils appartiennent ne soient abonnés avec la ville de Paris. L'administration des secours à domicile par le bureau de bienfaisance serait organisée sur de nouvelles bases, et, sauf les cas graves et d'urgence, les malades ne seraient admis dans les hôpitaux qu'après une enquête, destinée à établir s'ils n'étaient pas en position de se soigner à domicile. Tel est le rouage compliqué qu'il est question de substituer à un mécanisme extrêmement simple, et qui a fait ses preuves depuis plus de vingt ans. Nous souhaitons que l'administration et les malades trouvent leur compte à ce nouvel arrangement.

La composition écrite, première épreuve du concours pour l'agrégation, a eu pour sujet la question suivante : Des gaz du tube digestif et des conditions physiologiques et pathologiques qui président à leur production, et des conséquences de leur accumulation.

La Faculté de médecine de Paris a arrêté la liste suivante de présentation pour la chaire de chimie organique et de pharmacie, vacante par la démission de M. Dumas : MM. Wurtz, Favre, Lecanu.

Le nombre des étudiants en médecine augmente dans une proportion considérable, au moins à la Faculté de médecine de Paris, surtout depuis 1849. Ce nombre, qui n'était que de 880 en 1849, a été de 1,223 en 1850, de 1,300 en 1851, et s'est élevé à 1,437 en 1852.

M. Lasserre, médecin à Verdun, qui vient de succomber à la suite d'une courte maladie, a légué à l'Ecole de médecine de Toulouse une somme de 6,000 fr., destinée à former un prix annuel de 300 fr. pour le meilleur élève de cette école.

Le *Deutsche Klinick* vient de publier une analyse d'un ouvrage de Riegler sur l'état de la médecine en Turquie et sur les remèdes populaires employés dans ce pays. Voici ce qui a trait à la pratique ophthalmologique. Les oculistes turcs en sont encore, pour le traitement de la cataracte, à l'abaissement, tel qu'il était recommandé par Celse, et ils ne pratiquent pas d'autre opération sur l'œil et ses annexes Toutes les inflammations oculaires sont traitées par des vésicatoires, des sangsues, et sans aucune exception par les astringents. Dans l'ophthalmie chronique, les classes inférieures font usage d'un mélange de poudre de lichen et de réalgar que les malades introduisent entre leurs paupières : ils emploient aussi un onguent préparé avec le précipité rouge, le sulfate de zinc, l'acétate de plomb, l'alun et le suc de scille.

*Le rédacteur en chef*, E. DEBOUT.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

## UN MOT SUR LA PONCTION ABDOMINALE COMME RESSOURCE EXTRÊME DANS LES CAS DE TYMPANITE.

Le titre de cet article indique très-nettement le but que nous nous proposons en le publiant. Nous ne conseillons pas en effet la ponction abdominale comme une chose banale, et à laquelle on puisse avoir recours de prime abord. Mais lorsqu'on a tenté sans succès les moyens que l'on recommande généralement contre la tympanite, en les appropriant à la cause probable de cette cruelle affection, lorsque les accidents persistent, s'aggravent et menacent d'une manière prochaine la vie du malade, il nous semble que toute hésitation doit cesser, et que dans ces circonstances graves, le médecin doit s'inspirer du précepte antique : *Melius remedium anceps quàm nullum*. La ponction abdominale, qui rend des services si précieux dans la médecine vétérinaire, chez les bœufs et les moutons atteints de l'*empansement* à la suite de l'ingestion d'une grande quantité de fourrages humides de rosée ou de pluie, n'offrirait-elle donc pas chez l'homme les mêmes avantages, présenterait-elle donc chez lui des dangers plus grands et plus terribles que chez ceux-ci ? A ces deux questions, nous croyons faire la meilleure réponse en publiant un fait consigné dans sa thèse par un jeune interne des hôpitaux, M. Labric. Ce fait nous rappelle d'ailleurs deux cas de notre pratique où nous avons vivement éprouvé le regret que la science ne fût pas assez fixée pour nous permettre de pratiquer nous-même cette opération.

C'était à notre début dans la clientèle : nous fûmes appelé auprès d'un homme, jeune encore, chez lequel, à la suite de purgatifs répétés, destinés à le débarrasser d'un accès de goutte, il était survenu une tympanite intestinale, portée si loin que la suffocation paraissait imminente. Les anses intestinales se dessinaient à travers les parois abdominales, distendues au point que l'on pouvait se demander si ces parois ne se déchireraient pas. Nous songeâmes à ponctionner les anses intestinales ; mais, malgré les bonnes raisons que nous pûmes donner en faveur de cette opération, un médecin des hôpitaux, M. Kapeler, appelé en consultation, refusa de nous couvrir de sa responsabilité ; et, nous inclinant devant son opinion, nous dûmes nous en tenir à des aspirations des gaz intestinaux pratiquées avec une sonde en gomme élastique introduite dans le rectum. Mais telle était la distension de l'intestin grêle, que la sonde ne put évacuer les gaz contenus même dans les côlons et que cette pratique n'eut aucun succès. Le malade suc-

comba quelques heures après, véritablement asphyxié. Dans un autre cas, chez une femme âgée, atteinte d'une affection organique de l'utérus, une tympanite, survenue brusquement comme chez notre premier malade, entraîna également la mort en quelques jours. Les circonstances étaient moins favorables que dans le premier cas, et nous fûmes, par conséquent, moins disposé à recourir à la ponction abdominale, qui eût peut-être prolongé la vie de la malade.

Depuis cette époque, nous avons appris de M. le professeur Nélaton que, dans cinq cas au moins, il avait, à l'instigation de M. Récamier, pratiqué la ponction abdominale dans des circonstances exactement semblables à celles où nous nous étions trouvé pour notre seconde malade, et que non-seulement cette pratique n'avait été suivie d'aucun accident, mais encore que les malades avaient été toujours soulagés, que la tympanite avait même guéri dans un cas ou deux. M. Velpeau nous a également raconté qu'il avait pratiqué deux fois cette opération avec succès dans des cas analogues.

Le fait suivant, recueilli par M. Labric dans le service de M. Piédagnel, est bien de nature à faire revenir les praticiens de l'opinion peu favorable qui règne parmi eux relativement à la ponction abdominale, considérée comme ressource extrême dans le cas de tympanite.

Obs. Un homme de cinquante ans, d'une assez forte constitution, n'ayant jamais fait de maladies graves et jouissant habituellement d'une bonne santé, avait éprouvé deux fois tout à coup, sans cause appréciable, et dans un intervalle de deux ou trois mois, du ballonnement du ventre avec douleur et constipation ; il avait pris, ces deux fois, une forte infusion d'anis, et, au bout de deux jours, il fut à la selle, rendit beaucoup de gaz par l'anus, et fut beaucoup soulagé. Le 9 juin dernier, il fut encore pris tout à coup de douleurs dans le ventre, avec gonflement considérable et constipation. Le 13, il survint du hoquet, sans envies de vomir ni vomissements, mais rapports aigres. Le 14, à son entrée à l'hôpital, facies fortement altéré, yeux caves, traits tirés, hoquet continuel, peu de vomissements, ventre fortement ballonné, partout sonore; pas de garderobes, pas d'excrétion gazeuse par l'anus. Le malade portait une hernie intestinale gauche, parfaitement réductible. Pouls à 92, assez fort, régulier ; respiration accélérée ; urines peu abondantes.

Déjà le malade avait été traité en ville par une application de sangsues, l'administration de l'huile de ricin et du sulfate de magnésie ; on lui prescrivit encore un lavement purgatif, qui ne réussit pas mieux que les moyens précédents à déterminer des garderobes ; il en fut de même de l'introduction d'une sonde ordinaire dans l'anus, qui ne donna issue à aucun gaz et ne rencontra aucun obstacle, des purgatifs

répétés, de l'électricité, des douches ascendantes froides, des frictions d'huile de croton sur l'abdomen. Cependant la respiration se montrait de jour en jour plus gênée, le ventre devenait douloureux, et la sonorité remontait à gauche jusqu'au mamelon, à droite jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du mamelon, on entendait les bruits du cœur sous la clavicule gauche ; les circonvolutions intestinales, énormément distendues par les gaz, ne se dessinaient pas à travers les parois abdominales ; il y avait seulement une dépression circulaire de deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et la mensuration de l'abdomen donnait 140 centimètres de circonférence. Facies fortement altéré, teint terreux, pas de sommeil la nuit, soif vive, hoquet continuel, pas de vomissements ; pouls à 108, respiration très-accélérée.

Les choses en étaient là le 18 juin, lorsque M. Piédagnel, et M. Michon, appelé par lui en consultation, décidèrent de pratiquer la ponction intestinale. M. Michon la fit avec un trocart explorateur, à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic, sur la ligne médiane. On enfonça le trocart aux deux tiers, et perpendiculairement à la surface abdominale. L'aiguille retirée, il sortit par la canule une quantité considérable de gaz, avec quelques gouttes de matière noirâtre liquide, répandant l'odeur de matières fécales. Le ventre diminua considérablement : parois souples, respiration plus facile, cœur revenu à sa position, nombreux borborygmes sous la main qui comprimait les parois abdominales. A mesure que les gaz s'échappaient, la canule du trocart, de perpendiculaire qu'elle était lors de l'opération devint oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Elle fut fixée à demeure, comme cela se pratique chez les animaux auxquels cette opération est souvent faite avec succès ; le ventre n'avait plus qu'un mètre de circonférence ; on le comprima modérément avec un bandage de corps mouillé avec de l'eau fraîche, et recouvert d'une vessie remplie de glace. Trois quarts d'heure après l'opération, le malade alla à la selle ; il rendit des matières liquides, noirâtres, mêlées de gaz à la suite. Il y fut au moins quinze fois, rendant à chaque fois une quantité considérable de matières. Dans la soirée, le hoquet avait cessé ; respiration calme, face gaie, pouls à 100, égal, régulier ; pas de miction ; on obtint un litre d'urine par le cathétérisme. Le malade n'accusait de douleur qu'au niveau de la fosse iliaque, sonore comme le reste de l'abdomen. On retira la canule du trocart par laquelle, au dire du malade, il n'était sorti aucun gaz depuis la visite du matin.

Le 19 et le 20, le malade alla encore beaucoup à la selle, mais la fièvre ne tombait pas. Les selles furent encore abondantes jusqu'au 24 ; elles cessèrent le 25. Le 26, il y eut encore une garderobe, mais depuis

il n'y en eut plus jusqu'à la mort. Les signes de péritonite se prononcèrent de plus en plus, et le malade succomba le 28 juin. A l'autopsie, on trouva, avec des traces d'une péritonite ancienne et des indices d'une péritonite aiguë récente, un rétrécissement du gros intestin au niveau de la réunion du côlon ascendant et du côlon transverse, rétrécissement produit par des brides anciennes, nombreuses, cellulo-fibreuses, unissant ces deux portions d'intestins d'une manière très-intime, et les tenant accolées l'une à l'autre dans une étendue de 10 à 15 centimètres, de manière à former à l'intérieur une espèce d'éperon analogue à l'éperon que l'on observe entre les deux bouts d'un intestin hernié lorsqu'on voit un anus contre nature. Sur aucune portion de l'intestin on ne put découvrir les traces de la ponction ; de même sur la portion du péritoine pariétal correspondant à l'endroit où l'on avait enfoncé le trocart ; sous la peau, on trouva à ce niveau un foyer purulent.

Ainsi, bien que, dans ce cas, l'opération n'ait pas amené la guérison, il n'en est pas moins vrai que la ponction intestinale a eu pour résultat un soulagement bien marqué pour le malade ; elle a réveillé le mouvement péristaltique, qu'aucun moyen employé jusque-là n'avait pu obtenir, et a mis l'intestin à même de faire franchir aux matières fécales l'obstacle qui s'opposait à leur cours. La péritonite ne paraît pas devoir être rapportée à la ponction ; car, déjà ancienne, elle paraissait être passée seulement à un état suraigu, après le nouvel engouement intestinal survenu trois jours avant la mort. Ajoutons que si dans les trois autres faits rapportés par M. Labric, dont un de M. Maisonneuve, l'autre observé en 1850 dans le service de M. Blache par M. Sainct, et le troisième communiqué par M. Levrat dans le Bulletin de la Société médicale d'émulation, il y a eu deux morts; si le malade de M. Levrat seul a guéri, il faut reconnaître cependant que ce n'est pas à l'opération que les deux autres malades ont succombé ; et chez le petit malade opéré par M. Blache, cinq ponctions intestinales n'ont point amené de péritonite. On voit donc combien sont exagérées les craintes des médecins relativement au développement de la péritonite à la suite de la ponction abdominale.

Quant à la manière de pratiquer cette opération, le trocart nous paraît supérieur à l'aiguille, qui a été recommandée par quelques auteurs. Seulement le trocart à employer devra être du plus petit calibre possible, pourvu toutefois que ce calibre soit assez considérable pour laisser échapper les gaz intestinaux. Ces conditions sont remplies par le trocart dit explorateur. Il n'y a point à indiquer de lieu précis où l'on doive pratiquer la ponction ; on doit s'assurer seu-

lement que le point qu'on ponctionne est bien sonore, et, autant que possible, faire cette opération sur la ligne médiane ou dans une portion aponévrotique, afin que les tissus à traverser soient moins épais; on aura aussi moins à craindre quelque hémorrhagie que si l'on traversait du tissu musculaire. On doit choisir le point de l'abdomen qui se trouve le plus saillant, et si les circonvolutions intestinales se dessinent à travers les parois abdominales, ce sera pour l'opérateur un guide certain. L'instrument doit être dirigé perpendiculairement à la surface abdominale pour permettre à la canule, quand on aura enlevé l'aiguille du trocart, de suivre facilement, en quelque temps que ce soit, le trajet que l'intestin aura à parcourir lors de son affaissement. Pour plus de facilité, on pourrait inciser préalablement la peau, comme on le fait pour l'opération de la thoracentèse, d'après les conseils de M. Trousseau, et pour la ponction intestinale chez les animaux, d'après M. Hurtrel d'Arboval.

Doit-on laisser à demeure la canule du trocart pendant un certain temps de l'opération, ou doit-on la retirer immédiatement? C'est la première pratique qui paraît préférable : elle permet l'expulsion lente des gaz par suite des mouvements péristaltiques; mais elle ne doit pas rester en place plus de quelques heures. On pourrait, du reste, si la première ponction ne suffisait pas à vider les gaz, en pratiquer une ou plusieurs autres, ainsi que M. Blache l'a fait dans le cas auquel nous avons fait allusion. Enfin, avant de pratiquer la ponction, on doit encore s'assurer que ce n'est point dans le côlon que se trouvent les gaz qui distendent l'abdomen; car, dans ce cas, une sonde ordinaire, introduite dans le rectum, peut leur donner une issue facile. Il en serait de même si l'on soupçonnait que ces gaz sont dans l'estomac; dans ce cas, une sonde œsophagienne suffirait pour en débarrasser cet organe.

# THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

## DE L'EMPLOI DE L'ÉLECTRICITÉ D'INDUCTION DANS LE TRAITEMENT DES PARALYSIES DE CAUSE TRAUMATIQUE.

(Suite et fin (1).

Dans les recherches thérapeutiques sur la valeur des moyens nouveaux, on est généralement porté à en chercher la base dans les effets physiologiques seulement. C'est une erreur, dont l'étude de l'électrisation vient nous fournir un nouvel exemple. Les premières tentatives de son emploi, en montrant que le fluide électrique avait pour résultat de déterminer la contraction des muscles, comme l'influx nerveux le produit, ont conduit les expérimentateurs à admettre l'identité entre les deux fluides. Aussi, partant de cette donnée erronée, ils en avaient conclu que l'intervention de l'agent électrique n'était point indiquée toutes les fois que les muscles paralysés ne réagissaient pas sous l'influence de l'excitation électrique. Nous avons relevé cette erreur, en montrant que dans les paralysies dues à la lésion traumatique des troncs nerveux, les mouvements volontaires reparaissaient sous l'influence du traitement par l'électrisation, longtemps avant que les muscles eussent recouvré le pouvoir d'obéir à l'excitation physique; en d'autres termes, que l'activité vitale en vertu de laquelle le muscle répond à l'incitation nerveuse, ou la *contractilité*, reparaît avant celle qui permet au muscle de réagir sous l'influence des stimulants extérieurs, c'est-à-dire *l'irritabilité* musculaire.

Ces considérations, tout ardues qu'elles paraissent, sont indispensables. L'observation clinique est bien venue, il est vrai, nous montrer que l'emploi de l'électricité, surtout celle fournie par les appareils d'induction, constitue une ressource précieuse dans cette espèce de paralysie, contre laquelle la thérapeutique se trouve jusqu'ici impuissante. Mais cette conviction ne suffit pas aux applications de l'art, il faut que le praticien connaisse l'ordre dans lequel les propriétés vitales s'éteignent dans les muscles, afin de savoir s'il doit intervenir et comment il peut le faire. De plus, de même qu'il a étudié l'évolution du phénomène morbide, il doit connaître l'ordre de succession des effets thérapeutiques qui suivent l'emploi de l'électricité; sans cela il risque d'abandonner le traitement comme inefficace, même dans les cas où ce moyen est appelé à guérir. Ainsi se trouvent légitimées les répétitions que nous faisons à dessein des idées doctrinales, qui seules doivent

(1) Voir la livraison du 15 décembre, p. 591.

permettre de faire de l'électrisation une méthode thérapeutique.

L'examen des propriétés physiologiques spéciales aux différentes sources qui peuvent fournir l'agent électrique n'est pas sans intérêt cependant; nous aurons l'occasion de le prouver. Pour le moment nous devons nous borner à l'étude de celles de l'électricité d'induction. M. Masson a fait remarquer, nous l'avons dit, que cette nouvelle source était destinée à constituer le moyen thérapeutique par excellence dans le traitement des paralysies, en ce qu'elle localisati mieux que les deux autres l'excitation dans la trame organique. Ce savant physicien a étudié cette action, comme le pouvait faire une personne étrangère aux études médicales, sans avoir égard aux diverses espèces de paralysies. Nous avons rappelé ensuite que M. Henry, en signalant le courant de deuxième ordre, avait rendu un nouveau service à la thérapeutique, puisque chacun de ces courants a, en effet, une action élective, le premier sur la contractilité, le second sur la sensibilité. Cette spécificité d'action indique que l'on doit préférer l'emploi du premier dans les paralysies, tandis que l'autre sera réservé pour les anesthésies.

Dans les paralysies de cause traumatique, comme la lésion du mouvement volontaire domine, ce sera donc au courant de second ordre que les praticiens devront faire appel de préférence. Rien de plus facile que de diriger dans les muscles malades l'excitation fournie par ce courant, lorsqu'on se sert d'excitateurs garnis d'éponges mouillées. L'humidité, dont la peau est ainsi imprégnée permet à chacun des fluides de traverser isolément l'épaisseur de l'enveloppe cutanée; et leur recomposition allant s'effectuer au sein de la trame musculaire sous-jacente, va y réveiller l'activité vitale éteinte.

M. Duchenne a insisté seulement sur deux modes d'électrisation : l'un se pratique en concentrant l'excitation électrique dans le tronc nerveux, qui la transmet aux muscles qu'il anime, c'est *l'électrisation musculaire indirecte* (ce mode produit des mouvements d'ensemble); dans l'autre, *l'électrisation musculaire directe*, l'excitation est localisée, à volonté, dans un seul muscle ou un seul des faisceaux de ces organes. Dans ces différentes opérations, les excitateurs doivent toujours être très-rapprochés l'un de l'autre, sans l'être assez cependant pour que la recomposition des fluides ait lieu entre les cylindres; l'étincelle qui jaillit entre la partie métallique des excitateurs avertit alors d'éloigner un peu les deux cylindres. Il est un troisième mode qui ne doit pas être oublié, c'est celui qui consiste à placer un excitateur sur le tronc nerveux, tandis que l'autre est promené alternativement sur chacun des muscles placés sous la dépendance du nerf.

De ces divers modes, le plus important, au point de vue thérapeutique, est sans contredit l'électrisation musculaire directe. Nous en avons indiqué la raison physiologique : l'excitation électrique localisée dans le muscle s'exerce alors au confluent des influx nerveux et sanguin avec la fibre musculaire. Voici un exemple à l'appui.

Obs. *Paralysie des muscles placés sous la dépendance du nerf poplité externe ; excitation électrique localisée sans succès dans le nerf ; guérison par l'électrisation musculaire directe.* — Une jeune fille, tombée d'un sixième étage, avait été relevée mutilée, et transportée à l'hôpital de la Charité. Guérie de ses nombreuses fractures et de plusieurs luxations, elle conserva un pied-bot consécutif à la paralysie et à la perte de tonicité dans les muscles de la région antérieure et externe de la jambe droite. Voici dans quelles circonstances cette lésion consécutive s'était produite : la tête du péroné avait été luxée ; on appliqua sur elle un bandage compressif qui, pendant plus d'un mois, exerça son action, non-seulement sur les parties déplacées, mais encore sur le nerf poplité externe. La paralysie était donc le résultat de la compression du bandage ; peut-être la violence extérieure qui avait produit la luxation avait-elle aussi porté sur ce tronc nerveux. Quelle qu'en fût d'ailleurs la cause, cette paralysie n'en restait pas moins due au traumatisme du poplité externe. Quelques mois après sa sortie de l'hôpital, cette jeune fille y rentra pour y être traitée de sa paralysie; les muscles étaient atrophiés, sensibles à la pression, et le siége de douleurs très-aiguës et presque continuelles, augmentant sous l'influence des variations atmosphériques. La température de la jambe et du pied était considérablement abaissée, la malade y éprouvait constamment une sensation de froid. La circulation capillaire s'y faisait mal ; sous l'influence du froid, le pied devenait violacé et s'œdématiait. La malade ne pouvait remuer en aucun sens le pied sur la jambe. Les mouvements de flexion des orteils étaient seuls possibles, mais faibles.

Cette jeune malade était donc affectée d'un pied-bot valgus paralytique. On ne pouvait songer à recourir à la ténotomie, et M. Cruveilhier, dans le service duquel cette jeune fille était placée, pria M. Duchenne de rendre, à l'aide de l'électrisation, la tonicité et le mouvement aux muscles paralysés. M. Duchenne, voulant étudier la valeur des modes d'électrisation, commença par localiser l'excitation dans le nerf poplité externe. Des contractions et des sensations eurent lieu dans les muscles animés par ce nerf au-dessous du point excité. La séance dura dix minutes; et, bien que les intermittences fussent très-rapprochées, le nerf ne parut pas avoir perdu de son excitabilité. Six séances n'ayant produit aucune amélioration dans l'état de la paralysie, l'électrisation fut suspendue pendant plusieurs jours. Lorsque M. Duchenne reprit ce traitement, il procéda par électrisation musculaire directe, et dirigea l'excitation électrique sur chacun des muscles paralysés. Bien que ce mode d'électrisation ne provoquât aucune contraction artificielle, tandis que l'excitation du nerf en déterminait, après une séance de huit à dix minutes, la malade put exécuter quelques mouvements volontaires d'extension. Les muscles, douloureux jusqu'alors, l'étaient peu le lendemain à la visite. Après quelques séances d'électrisation localisée dans les muscles, les mouvements des orteils étaient très-étendus, la malade pouvait s'appuyer sur le pied, ce qu'elle n'avait pu faire jusqu'a-

lors à cause de la douleur. En huit séances les mouvements des muscles paralysés avaient repris leur force et leur étendue normales; le membre mesuré présentait une augmentation de volume très-notable. La température du membre s'était élevée, la circulation capillaire s'y faisait mieux. Enfin, cette malade fut opérée de son pied-bot par M. Velpeau, et sortit guérie de la Charité.

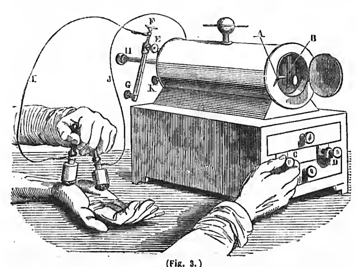
Cette observation est curieuse à plus d'un titre ; mais nous la citons seulement comme exemple venant à l'appui de notre localisation du phénomène morbide dans la trame des muscles. Ainsi l'excitation électrique, dirigée sur le tronc nerveux, détermine des contractions sans ramener les mouvements volontaires ; tandis que l'électrisation directe du tissu musculaire ramène les mouvements, sans en produire d'artificiels.

Le mode opératoire est des plus simples, car les paralysies que nous étudions affectent le plus souvent les membres. Les muscles de ces parties offrent une surface assez large pour qu'on puisse y appliquer facilement les éponges qui garnissent les excitateurs; lorsqu'il en est autrement, pour les interosseux, par exemple, on limite l'action électrique à l'aide d'excitateurs coniques dont l'extrémité est garnie d'un morceau de peau ou de l'extrémité d'un doigt de gant que l'on retourne, et que l'on trempe dans l'eau comme les éponges. La peau humide oppose au courant une fois moins de résistance que les éponges; c'est une circonstance dont on doit se souvenir pour diminuer l'intensité du courant lorsqu'on se sert de cette sorte d'excitateur.

On pourra profiter de cette circonstance lorsque la force de l'appareil ne sera pas assez considérable; en substituant les excitateurs garnis de peau à ceux qui se terminent par les éponges, on doublera l'action de l'appareil.

L'électrisation musculaire directe consiste à appliquer les deux excitateurs, le plus ordinairement garnis d'une éponge, sur les points de la peau qui correspondent à la masse charnue du muscle. Ce mode est très-facile dans les régions superficielles ; pour les muscles des régions profondes, l'électrisation directe offre plus de difficultés ; cependant la plupart d'entre eux présentent sous la peau un point de leur surface par lequel ils sont accessibles à l'excitation directe, lorsqu'on se souvient de son anatomie des surfaces. C'est dans ces cas que le mode combiné que nous avons rappelé peut être utile ; on agira plus énergiquement en garnissant de peau l'excitateur destiné à être en contact avec le tronc nerveux, tandis que celui qui devra concentrer l'excitation sur le muscle restera garni de son éponge. Quant aux muscles, en très-petit nombre, qui sont inaccessibles, il reste la ressource de leur communiquer l'excitation électrique par les nerfs qui les animent.

La dose d'électricité devant varier suivant l'excitabilité du muscle, il est nécessaire que l'opérateur ait toujours une main libre, prête à agir sur le graduateur de l'appareil. Cette même main droite sert aussi à faire mouvoir la vis qui opère les intermittences du courant. Une seule main, la gauche, ainsi que nous l'avons également fait représen-




(Fig. 3.)

ter dans la figure 3, doit tenir et faire manœuvrer les excitateurs. La poignée de l'un est placée entre le pouce et l'index, et celle de l'autre entre le médius et l'annulaire, les doigts sont fléchis de manière à les maintenir dans la paume de la main. Ce procédé permet de pratiquer l'électrisation avec une grande rapidité ; mais il peut être employé seulement lorsqu'on se sert des éponges.

L'excitation d'un muscle a lieu seulement dans les points qui sont en rapport avec les excitateurs. La sphère d'action du courant d'induction est représentée fort exactement par les figures ci-jointes ; si les éponges se touchent presque, les deux circonférences se confondent,



(Fig. 4.)

fig. 4, et l'on sent le muscle se durcir et se gonfler. Si, au contraire, les éponges sont appliquées à chacune

(Fig. 5.)

des extrémités du muscle, la contraction est moins forte dans les points en contact avec chacun des excitateurs, fig. 5, et les fibres intermédiaires restent hors de la sphère d'action du courant électrique. Cette

excitation du muscle rappelle alors l'image qui se forme sur une feuille de papier placée sur un aimant, lorsqu'on vient à y répandre de la limaille de fer.

Il résulte de ces faits que les excitateurs doivent être tenus rapprochés l'un de l'autre, sans se toucher cependant, puis être appliqués successivement sur tous les points de la surface du muscle à exciter.

Plus un muscle est épais, plus le courant doit être intense ; car si ce courant est faible, l'excitation n'a lieu que dans les fibres superficielles.

L'excitation localisée dans le couturier pour les muscles longs, et dans le deltoïde ou le pectoral pour les muscles épais, mettra ces faits en relief, beaucoup mieux que toutes les descriptions.

L'étude des effets physiques de l'électrisation musculaire directe n'était pas sans importance, car venant démontrer que l'excitation spécifique est limitée aux points de l'organisme en rapport avec les excitateurs, elle montre qu'on ne doit épargner aucune des parties affectées. On n'a pas à craindre, en outre, pendant son emploi, la surexcitation des centres nerveux. Nous insisterons particulièrement sur ce point, lorsque nous exposerons le traitement des paralysies de cause cérébrale.

Passons maintenant aux applications thérapeutiques de l'électrisation localisée. Dans les paralysies traumatiques, nous avons distingué deux grandes classes : les unes présentant la lésion du mouvement volontaire seul, les autres offrant, en outre, la lésion des fonctions de nutrition des muscles. Les sens permettraient de différencier ces deux espèces de paralysies, mais pour cela il faudrait attendre un temps assez considérable. D'ailleurs, les deux cas peuvent se présenter sur un même membre paralysé ; or, comme nous l'avons dit, un traitement électrique pouvant intervenir utilement toutes les fois que les muscles réagissent sous l'influence de l'excitation électrique, nous avons dû mettre en relief la valeur du diagnostic local, signalé par M. Duchenne.

Le traitement des paralysies de cause traumatique réclame le courant de deuxième ordre, courant qui, en raison de sa tension plus considérable, jouit de la propriété de déterminer des contractions musculaires énergiques. L'expérience n'a pas encore démontré l'époque précise à laquelle ce traitement doit intervenir. Cette époque, d'ailleurs, doit varier suivant l'élément organique affecté, ainsi que suivant le genre de lésion subie par ces tissus. D'après les faits connus, quand le tronc nerveux n'a pas éprouvé de mutilation, on peut dire déjà que l'électrisation a des chances de succès, après cinq ou six mois de maladie. D'ailleurs, les faits ont prouvé que si l'excitation électrique n'avait pas le pouvoir de suppléer l'influx nerveux, ainsi que l'ont prétendu quelques physiogistes, elle a toujours pour résultat, comme nous l'avons montré, de

ramener la calorification dans le membre paralysé et de le préparer ainsi au retour de la nutrition musculaire.

Voici les règles que M. Duchenne trace, à cet égard, dans le Mémoire sur les paralysies, couronné par la Société de médecine de Gand. « Plus un muscle est atrophié, plus sa contractilité est diminuée, plus il doit être longtemps soumis à l'excitation électrique, plus le courant dirigé sur lui doit être intense, plus, enfin, les intermittences de ce dernier doivent être rapides. Cette intensité du courant et cette rapidité des intermittences sont d'autant plus nécessaires que la sensibilité du muscle est elle-même plus diminuée. Mais lorsqu'on voit la sensibilité s'exalter, il est prudent de n'agir qu'à intermittences éloignées et à un courant modéré, et même d'éloigner les séances, sous peine de provoquer des névralgies difficiles à réprimer et quelquefois même des phénomènes inflammatoires. Pendant tout le cours du traitement électrique que j'ai fait subir aux malades affectés de paralysie de cause traumatique, dont les observations ont été exposées dans ce travail, dit M. Duchenne, j'ai excité la sensibilité musculaire, autant que possible, au moyen des intermittences rapides, parce que j'ai trouvé que c'était le meilleur moyen d'agir sur la nutrition des muscles atrophiés.

« Les séances trop longues fatiguent et même épuisent le muscle, de même que l'exercice forcé produit l'atrophie, au lieu de favoriser la nutrition comme l'exercice modéré. Je crois pouvoir fixer la durée de chaque séance à dix ou quinze minutes au plus. Je donne rarement plus de cinq minutes à chacun des muscles chez les malades de l'hôpital, et cependant les résultats ne sont pas moins favorables que dans la pratique civile, où les séances sont plus longues, obéissant en cela aux préventions des malades. Pour que ces malades soient moins exposés à la fatigue et à une sorte de courbature électrique, je passe rapidement sur les muscles, ayant soin de revenir plusieurs fois sur chacun d'eux, dans une même séance de manière à laisser entre chaque excitation individuelle un temps de repos. »

Nous devrions, en terminant, dire un mot de la durée du traitement dans les paralysies de cause traumatique. Mais il nous importe davantage de combattre un préjugé que les médecins partagent avec les malades, c'est que toutes les fois que l'électrisation ne modifie pas la paralysie dans un temps très-court, elle doit être abandonnée. Grâce à l'expérimentation de M. Duchenne, on sait aujourd'hui qu'il en est autrement. Le service qu'il a rendu à la pratique médicale, sous ce point de vue, égale à nos yeux le mérite qu'il a d'avoir formulé mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'ici l'emploi de l'électricité dans le

traitement des paralysies. On a pu voir, par les observations que nous avons publiées, que la durée du traitement varie beaucoup, et que c'est bien exceptionnellement qu'on obtient dans ces paralysies des guérisons rapides; aussi est-ce pour cette raison que nous avons mis plusieurs fois en relief les premiers effets curatifs de l'électrisation localisée, la calorification et l'hyperesthésie musculaire, car leur apparition vient témoigner qu'avec de la persévérance on triomphera de la maladie. D.

## CHIMIE ET PHARMACIE.

### COMBINAISON DE L'IODE ET DU PHOSPHORE; DE SON EMPLOI EN MÉDECINE.

Le médecin a souvent l'occasion de constater des ramollissements de la moelle épinière chez des individus d'une constitution lymphatique; il sait en outre que, dans ce cas, l'emploi simultané de l'iode et du phosphore pourrait être indiqué; mais comment y avoir recours, puisqu'il n'existe en chimie aucune combinaison de ce genre? Nous sommes heureux d'annoncer que nous avons levé cet obstacle, et que l'usage de l'iode et du phosphore n'offrira, nous osons l'espérer, aucun des inconvénients et des dangers qu'ils pourraient avoir séparément.

Voici cette préparation : On verse dans une quantité voulue de teinture éthérée de phosphore, de la teinture alcoolique d'iode, jusqu'à ce que l'éthérolé ne répande plus dans l'air atmosphérique de vapeurs phosphorescentes; on pèse le mélange, et l'on détermine ensuite par le calcul la quantité de phosphore et d'iode qu'il contient. Ainsi, l'expérience nous a démontré qu'en se servant de l'éthérolé de phosphore et de la teinture alcoolique d'iode préparés selon le Codex, il fallait cinq parties du premier pour huit du second; on obtient alors un liquide clair, limpide, incolore, très-volatil, rougissant fortement le papier de tournesol, changeant la couleur du papier blanc amidonné. Ce liquide ne doit sentir ni l'iode, ni le phosphore; son odeur dominante doit être celle de l'éther. L'ammoniaque n'agit point sur cette liqueur étendue d'eau distillée; l'eau distillée la trouble; il s'y forme, avec le temps, un léger précipité.

Que se passe-t-il dans la circonstance? que se forme-t-il? quelle théorie doit-on admettre dans cette double décomposition?

Est-il permis de supposer qu'une portion de l'oxygène de l'eau contenue dans l'alcool s'est unie au phosphore et à l'iode pour les transformer en acide phosphorique et iodique?

Ces questions offrent un assez grand intérêt, au point de vue mé-

dical et chimique, pour fixer l'attention des praticiens. Nous prions nos confrères de nous aider à la résoudre. Stanislas Martin.

MÉLANGE TOPIQUE CONTRE LES DOULEURS RHUMATISMALES.

M. Poggiale a communiqué récemment à l'Académie des sciences la formule de la pommade suivante, qu'il considère comme un moyen très-efficace de traitement des douleurs rhumatismales, et à l'appui de l'action de laquelle il rapporte dix-sept observations. Voici sa formule :

Pr. Hydrochlorate ou tout autre sel de morphine,
Eau distillée, extrait de belladone ou atropine,
Onguent populéum,
Axonge macérée dans des feuilles de datura. Q. S.

Le tout aromatisé avec essence de citron ou eau de laurier-cerise. — Nous ne donnons pas les doses, M. Poggiale ne les ayant pas publiées ; mais l'intelligence de nos lecteurs comblera facilement cette lacune.

## CORRESPONDANCE MÉDICALE.

GUÉRISON PAR LE CHLOROFORME D'ACCÈS HYSTÉRIQUES REBELLES ; RÉSULTAT AVANTAGEUX DE CE TRAITEMENT, SOUS LE RAPPORT MÉDICO-LÉGAL.

Les réflexions judicieuses dont vous avez fait suivre une observation de manie simulée (*Bulletin de Thérap.*, t. XLI), au sujet de l'emploi du chloroforme dans le cas de simulation de maladie, m'ont donné l'idée de faire usage de ce moyen dans une circonstance analogue. Comme le fait me semble ne pas manquer d'un certain intérêt sous le double point de vue de la thérapeutique et de la médecine légale, j'ai profité d'un instant de loisir pour coordonner mes notes et vous les adresser.

Dans le mois de juillet 1851, Adèle T..., âgée de dix-sept ans, d'une constitution très-robuste, est arrêtée et conduite à la prison d'Ervy (Aube), sous la prévention de vol et d'incendies réitérés. Peu d'heures après son arrivée, elle est prise de spasmes hystériques des plus intenses. C'était une alternative incessante de convulsions violentes, pendant lesquelles deux hommes robustes avaient peine à la contenir, et d'un affaissement général avec respiration presque insensible.

Dans ce dernier état, elle prononçait à voix basse et entre les dents, tantôt des mots entrecoupés et à peine intelligibles, tantôt des phrases

entières, ayant trait aux faits qui avaient motivé son arrestation, et tendant à rejeter sur une amie, qui, disait-elle, l'avait obsédée de ses mauvais conseils, tout l'odieux de ces mêmes faits.

La peau était sans chaleur, le pouls à peu près naturel, la face plutôt pâle que colorée, les mâchoires fortement et constamment serrées, et les paupières fermées. Si on les entr'ouvrait, ce qui n'était pas facile à cause de la résistance des muscles palpébraux, on voyait le globe de l'œil alternativement fixe et roulant dans l'orbite, et les pupilles fortement contractées. Il y avait, au moins en apparence, absence de la vue, de l'ouïe et du sentiment. A peine déterminait-on une légère contraction des muscles du visage en l'aspergeant d'eau fraîche, ou en pinçant et piquant la peau des mains et des bras.

On crut d'abord, sur la déclaration d'un homme de l'art, à une affection simulée, et on laissa cette fille plusieurs heures dans l'état que nous venons de décrire, sans lui donner d'autres soins que de la contenir pendant les convulsions, de peur qu'elle ne se blessât.

Vers le soir, c'est-à-dire au bout de six heures environ, aucun changement n'étant survenu, on m'envoya chercher. Après avoir épuisé sans résultat tous les moyens indiqués dans la circonstance, j'eus enfin recours au chloroforme, dont j'avais retardé l'application le plus longtemps possible à cause de la surexcitation du système nerveux et de la gêne qui revenait souvent dans la respiration. Une vingtaine de gouttes de ce liquide furent jetées sur un mouchoir roulé en cornet, que j'appliquai sur la figure de la malade, en obturant de cette manière assez complétement le nez et la bouche. Les convulsions ayant redoublé presque aussitôt, je laissai arriver un peu d'air pur, puis je rapprochai le mouchoir, moins toutefois que je ne l'avais fait d'abord. Au bout d'une demi-minute, je versai de nouveau du chloroforme sur le linge, toujours en même quantité à peu près, et je recommençai l'opération de la même manière, c'est-à-dire qu'alternativement je tenais le mouchoir appliqué sur le nez et la bouche, puis je l'en éloignais de manière à laisser arriver librement l'air atmosphérique.

Pendant ce temps, l'agitation avait fait place à l'état de calme, et il s'était passé à peine deux minutes et demie depuis le commencement de l'application du chloroforme, quand la résolution des membres se fit apercevoir. Tout aussitôt les mâchoires se desserrèrent, les yeux s'entr'ouvrirent, et la malade, paraissant sortir d'un profond sommeil, recouvra immédiatement la connaissance et la parole, accusant de la douleur par tout le corps, dans les membres, et surtout aux endroits qui avaient été piqués ou pincés. Elle put boire de l'eau sucrée et nous dire que, deux ans auparavant, elle avait éprouvé un accès sem-

blable, qui avait duré quarante-huit heures, malgré tous les moyens employés pour y mettre fin.

J'avais employé 3 grammes et demi de chloroforme.

Le lendemain, les mêmes accidents ayant recommencé à l'hôpital où cette jeune fille avait été conduite, ils cédèrent à l'emploi du même moyen.

Si l'on veut considérer cette observation sous le rapport de la thérapeutique, elle ne présente rien de bien neuf ni de bien saillant. C'est un fait ajouté à ceux que la science possède déjà sur l'efficacité du chloroforme dans certaines affections graves et rebelles du système nerveux, comme l'éclampsie, le tétanos, peut-être l'épilepsie et la danse de Saint-Guy, ou tout au moins leurs accès. On a pu aussi remarquer qu'une extrême surexcitation des fonctions du système nerveux n'est point une contre-indication absolue à l'emploi des anesthésiques, si l'on en fait usage avec les précautions recommandées dans les derniers mémoires qui ont paru sur ce sujet, où il y a encore tant à étudier.

Considérée au point de vue de la médecine légale, l'observation de la fille T... nous paraît avoir une tout autre importance. Du reste, un honorable confrère avait déjà appelé l'attention des gens de l'art sur l'utilité que la médecine légale pouvait tirer du chloroforme dans certains cas embarrassants. Tout lecteur attentif du *Bulletin de Thérapeutique* doit se rappeler l'observation de ce jeune pâtre italien, âgé de dix-sept ans, t. XLI, page 46, qui, après avoir violé et tué une petite fille de sept ans, échappa à une condamnation capitale, en simulant un dérangement des facultés intellectuelles, avec une intelligence et une ténacité sans exemple dans un âge aussi tendre. A cette occasion, M. le rédacteur de ce journal, avec l'esprit judicieux qui le caractérise, exprime le regret que l'idée ne soit pas venue aux hommes de l'art chargés d'examiner le criminel, de le soumettre à l'action de l'éther, après avoir épuisé tous les moyens d'arriver à la vérité. Nul doute, ajoute M. Debout, que sous l'influence d'une légère ivresse provoquée par l'inhalation des vapeurs de l'éther, en particulier, cet individu n'eût perdu le souvenir des précautions qui assuraient son rôle, et que les experts n'eussent facilement provoqué des réponses propres à révéler le véritable état mental de l'accusé.

Ici, le chloroforme, il est vrai, n'a pas fait découvrir une affection simulée, puisque Adèle T... était bien réellement en proie à un accès hystérique; mais on pouvait croire à la simulation de cet accès; bien plus, on y avait cru; et, l'accès passé, ce qui devait toujours arriver un peu plus tôt, un peu plus tard, il serait toujours resté à cet égard du

doute, peut-être même une incrédulité complète. Le chloroforme a mis la vérité en évidence et, par cela même, il a puissamment aidé l'instruction, en donnant toute valeur aux déclarations faites par la prévenue, pendant l'espèce de somnambulisme hystérique dans lequel elle était plongée. JACQUIER, D. M.

à Ervy (Aube).

## BIBLIOGRAPHIE.

*Traité de la vieillesse, hygiénique, médical et philosophique, ou recherches sur l'état physiologique, les facultés morales, les maladies de l'âge avancé et sur les moyens les plus sûrs, les mieux expérimentés, de soutenir et de prolonger l'activité vitale à cette époque de l'existence ;* par le docteur J.-H. Reveillé-Parise. 1 vol. in-8 ; chez J.-B. Baillière.

Cet ouvrage venait à peine de recevoir la dernière main ; au moment même où nous nous félicitions d'avoir à annoncer à nos lecteurs cette œuvre de prédilection d'un de leurs plus aimés auteurs, nous devions avoir la douleur d'annoncer la mort de cet écrivain aimable autant qu'instructif, de ce praticien aussi prudent qu'éclairé, de ce médecin philosophe, de cet homme excellent parmi les plus excellents, enfin, ainsi que l'a si bien qualifié sur sa tombe l'honorable journaliste qui parlait au nom de la presse médicale. Pourquoi faut-il que le laborieux et sage Reveillé-Parise, ce doux et bienveillant conseiller, pour qui la philosophie, loin de n'être, comme pour tant d'autres, que le prétexte d'un vain étalage et d'un luxe stérile d'érudition, était l'objet d'un culte sincère et de tous les instants, et qui donnait lui-même dans sa vie privée l'exemple des judicieux préceptes dont il a rempli ses livres; pourquoi faut-il qu'au moment même où il venait de tracer les dernières lignes de ce livre, vraie formule de l'art de prolonger la vie, il ait dû payer sitôt ce tribut à la mort, dont, suivant l'expression de Montaigne, il s'était tant attaché à *désenlaidir* les approches !

Triste et singulière fatalité, que celui-là même qui a su si bien signaler les dangers qui menacent la vieillesse, et nous convier à les conjurer en nous apprenant l'art, si difficile mais si utile à cet âge, de *tirer le mal du bien*, d'après le précepte de Plutarque, n'ait pu jouir lui-même de cette douce quiétude réservée au vieillard comme la récompense d'une vie utile et honorablement remplie.

Qu'on nous permette, avant d'aborder l'analyse de son dernier ouvrage, fruit de longues veilles, d'incessantes méditations et d'une ex-

périence consommée des hommes et des choses, de payer à notre si regrettable collaborateur et ami, ce faible hommage de nos regrets et de notre vénération, convaincu que nous sommes de trouver de l'écho dans le cœur et dans le souvenir de tous nos lecteurs.

Le Traité de la vieillesse était, nous venons de le dire, l'œuvre de prédilection de Reveillé-Parise. Il y travaillait depuis longtemps, il la choyait, la caressait comme s'il avait eu le pressentiment que ce dût être la dernière, et qu'avec elle il allait nous léguer son testament littéraire. On peut même dire que c'est l'œuvre de toute sa vie ; car, indépendamment de ce qu'il y résume, en quelque sorte, tout ce qu'il avait acquis de savoir et d'expérience dans une carrière si laborieusement parcourue, ce traité est, en réalité, le complément naturel de ce vaste et beau système d'études physiologiques et hygiéniques appliquées aux différentes périodes et aux diverses conditions de l'existence, qui commence au Traité de physiologie et hygiène des hommes livrés aux travaux de l'esprit, se continue dans ses Fragments sur l'hygiène et l'éducation de l'enfance, dans son Guide des goutteux et des rhumatismants, son Hygiène oculaire et ses Etudes sur l'homme, pour se terminer par l'ouvrage dont nous nous occupons en ce moment.

Le Traité de la vieillesse est un de ces livres qu'on ne peut ni résumer ni analyser. Bien que plein de faits et plein d'idées, et peut-être même à cause de cette fécondité du fond et de cette richesse des détails, il n'est pas possible de présenter sous une formule brève et aisément compréhensible l'ensemble des faits, des déductions et des préceptes pratiques qui composent ce livre. Nous devrons donc nous borner à en indiquer le but et le plan, et à caractériser l'esprit dans lequel il est exécuté. Réduite à ces proportions, notre tâche deviendra d'autant plus aisée que, familiarisée avec le genre de philosophie et les doctrines médicales de l'auteur, l'intelligence de nos lecteurs saura suppléer à ce que notre exposition pourrait avoir d'insuffisant.

Le but du livre est parfaitement défini par son titre. C'est l'histoire de la vieillesse considérée au triple point de vue hygiénique, médical et philosophique ; c'est une série d'études sur l'état physiologique, sur les facultés morales, les maladies de l'âge avancé et sur les moyens de soutenir et de prolonger l'activité vitale à cette époque ultime de l'existence.

Beaucoup d'auteurs ont écrit sur la vieillesse ; les uns des monographies médicales, d'autres des considérations physiologiqnes, ceux-ci des réflexions morales ; mais aucun ouvrage jusqu'ici n'avait présenté l'histoire de cette période de la vie d'une manière aussi complète et dans un aussi parfait ensemble.

C'est sous le point de vue moral et psychologique surtout que l'au-

teur semble s'être complu dans son sujet. Il avait sous ce rapport de nombreux précédents, et ce n'a peut-être pas été une des moindres difficultés de sa tâche de démêler, au milieu des opinions si souvent contradictoires des auteurs, le vrai du faux, le certain du douteux, le fait de l'hypothèse. Chacun a vu un peu à travers le prisme de ses goûts, de ses penchants, de son humeur; chacun a jugé plus ou moins d'après les impressions pénibles ou heureuses qui semblaient dans ce moment tenir la plume. Dans ces admirables pages de Cicéron, que nous avons tous feuilletées dans nos jeunes années, le déclin de la vie n'est peint que sous ses beaux côtés, et l'on se prend volontiers, en les lisant, *d'appétit* de vieillir, comme disait le philosophe du Périgord. Lisez Lucrèce, et vous y verrez, au contraire, un tableau tellement affligeant de la vieillesse, qu'on dirait, ce sont les expressions mêmes de notre auteur dont nous nous servons, qu'il veut faire renoncer à la vie, dans la crainte de vieillir. Pour Charron, il n'est point d'âme vieillie qui ne sente « l'aigre et le moisi ». Et tout le monde sait avec quelle naïve tristesse, avec quelles sombres et laides couleurs Montaigne fait le tableau de la vieillesse. Exagération de toutes parts! Prenant la balance d'une main impartiale, Reveillé-Parise pèse, dans sa raison et son expérience, les avantages et les inconvénients, les pertes et les gains, et dans un jugement plein de sens et de justesse, également éloigné de toute exagération et de toute faiblesse, il fait à la vieillesse une part assez belle encore pour qu'on puisse répéter après lui que « si, malgré quelques incommodités inévitables, on a du plaisir à sentir, à penser et à se rappeler, si l'on regarde la vie comme un bien, si l'on sait encore en jouir, c'était la peine de naître, de vivre et de mourir. » Mais il est un secret pour jouir encore de la vie dans l'âge des infirmités, c'est celui dont l'auteur a inscrit la formule, avec La Rochefoucault, en tête de son livre, formule dont ce livre lui-même n'est en quelque sorte que le développement, c'est de *savoir être vieux*, c'est de préparer sa vieillesse de longue main; car la vieillesse, ainsi qu'il le dit avec tant de vérité, nous arrive telle que nous nous la sommes faite.

On lira, comme nous l'avons fait, avec un charme infini toute cette partie de l'ouvrage de M. Parise, dont la raison, le bon sens et la plus saine philosophie semblent avoir dicté toutes les pages.

Nous n'avons pas besoin de nous arrêter sur la partie médicale, dont les lecteurs du *Bulletin* ont eu les prémices. Qu'il nous suffise de dire que si cette partie n'a pas une étendue proportionnelle aux autres divisions du livre, si elle n'a pas peut-être même toute l'importance technique et pratique qu'on aurait pu désirer y trouver, c'est

qu'il n'a pas été dans l'intention de l'auteur de suppléer le médecin et d'enseigner à guérir les maladies de la vieillesse, mais de chercher à les prévenir. Aussi est-ce dans la partie physiologique et dans la partie hygiénique qu'on trouvera tous les développements que comporte une œuvre de cette nature, et toute cette richesse de préceptes et d'expérience qui assurent à cet ouvrage le succès que, sans vanité comme sans fausse modestie, Reveillé-Parise en attendait « comme une compensation de ses labeurs, et comme une récompense dont il était loin de dédaigner la valeur. »

## BULLETIN DES HOPITAUX.

*Un mot sur la constitution médicale actuellement régnante.* — Bien que les craintes que l'on avait pu concevoir relativement à l'avenir prochain du choléra soient aujourd'hui un peu calmées, l'étude de la constitution médicale actuelle offre encore de l'intérêt. On se demande si l'on ne pourrait pas saisir, dans la physionomie des maladies les plus répandues, des indices, des probabilités, de nature à résoudre la question. Ajoutons que c'est surtout au moment où les saisons changent, que les médecins ont intérêt à être tenus au courant des variations qu'offre la santé publique et des moyens les plus efficaces qu'ils peuvent mettre en usage contre les maladies régnantes.

Jusqu'ici, l'hiver n'a pas fait, à proprement parler, d'apparition. Pas de neige, pas de gelée, pas de glace ; en revanche, beaucoup d'humidité avec un certain degré de chaleur, et quelquefois même du soleil. Aussi les maladies de poitrine, pneumonies, bronchites, emphysèmes, pleurésies, sont-elles rares. Les rhumatismes articulaires, les embarras gastriques, les fièvres synoques ont, au contraire, été fort communes ; mais, depuis quelques jours, une transformation s'est opérée, en quelque sorte, dans ces dernières fièvres. Affectant au début le même aspect, les mêmes caractères que les synoques, elles se prolongent et se caractérisant de plus en plus, deviennent de véritables fièvres typhoïdes, présentant cependant quelques particularités qui méritent d'être notées. C'est ainsi que les phénomènes abdominaux sont souvent très-peu tranchés, et que la constipation au début n'est pas une chose rare, à beaucoup près. Le ventre est indolent, non ballonné; la langue humide, chargée d'un enduit blanchâtre épais, sans rougeur à la pointe ni sur les bords ; la bouche est amère ; perte d'appétit ; accablement, céphalalgie, épistaxis. La fréquence du pouls est souvent modérée, mais la chaleur de la peau est très-vive. Ce qui est surtout fort commun, c'est la présence de phénomènes catarrhaux vers la

poitrine ; les malades se plaignent d'être enrhumés ; ils expectorent quelques crachats muqueux ; leur respiration est haute et précipitée, et leur poitrine offre, à l'auscultation, un mélange de râles sibilants et muqueux. Autrement dit, c'est la forme *pectorale* de la fièvre typhoïde qui prédomine en ce moment.

Ce que nous pouvons dire d'une manière générale, c'est que cette espèce d'épidémie de fièvre typhoïde ne présente qu'un degré médiocre de gravité. Les vomitifs, l'ipécacuanha surtout, sont très-bien supportés, et chaque fois que les vomissements ont été provoqués, la fièvre diminue, la toux et l'expectoration deviennent plus faciles et moins fréquentes, la respiration plus libre. Les purgatifs nous ont semblé aussi indispensables pour faire cesser la constipation, et les effets de ces moyens nous ont paru concourir au même but que les vomitifs et avoir le même succès. Les phénomènes adynamiques sont encore tellement communs, qu'il est utile de donner de bonne heure un peu de bouillon et de vin. Nous avons vu des malades qui semblaient dans une adynamie profonde, se réveiller en quelque sorte et entrer rapidement en convalescence sous l'influence des toniques. Dans quelques cas, il a fallu revenir plusieurs fois, à quelques jours d'intervalle, soit aux vomitifs, soit aux purgatifs. Les bains entiers tièdes nous ont paru, en général, être bien supportés, et être suivis d'une amélioration également notable.

Nous nous bornerons à signaler pour mémoire l'existence, aujourd'hui arrivée à peu près à sa fin, d'une épidémie de varioles, comme nous n'en avions pas observé depuis plusieurs années, et à laquelle nous avons vu succomber plusieurs sujets vaccinés, après avoir présenté du purpura ou des hémorrhagies par diverses voies. Quoique l'épidémie soit à peu près terminée, nous appelons l'attention de nos lecteurs sur la question des revaccinations. Sans être convaincu d'une manière absolue que les sujets vaccinés que nous avons vus succomber n'eussent pas été frappés de la variole s'ils avaient été soumis à la revaccination, il n'en est pas moins vrai que cette pratique aurait mis quelques chances de plus en leur faveur, et cette seule considération suffit pour que le praticien ne doive pas hésiter en pareil cas.

---

*Effets remarquables des inhalations de chloroforme comme moyen de traitement des accès hystériques.* — Le traitement de l'hystérie présente évidemment deux indications fondamentales : l'une qui consiste à guérir la maladie, c'est-à-dire à l'attaquer dans sa source, dans son point de départ ; l'autre, plus modeste, mais non moins utile, qui a pour but le traitement des accès proprement dits, c'est-à-dire qui se propose d'en diminuer la fréquence, la longueur et

l'intensité. Le traitement curatif de l'hystérie est malheureusement fort peu avancé, ce qui tient sans doute aux conditions variées dans lesquelles se développe la maladie ; mais ce que nous pouvons affirmer, c'est que le traitement palliatif a trouvé aujourd'hui, dans les inhalations de chloroforme, une ressource précieuse, et dont les effets sont quelquefois surprenants.

On sait que dès l'introduction des anesthésiques, l'hystérie fut combattue par les inhalations d'éther, avec des résultats divers. M. Piorry, qui en fit usage un des premiers, s'en servait dans l'intervalle des accès, qui fort souvent étaient rappelés par les vapeurs anesthésiques. Wilkinson, qui employa l'éther comme M. Piorry, combattit ainsi une attaque qui durait depuis quatre jours, et plus heureux, il obtint un sommeil de huit heures ; trois jours après il arrêta, par le même moyen, chez le même malade, une nouvelle attaque. Depuis l'introduction du chloroforme dans la thérapeutique, MM. Devergie, Escallier, etc., ont cité plusieurs exemples d'amélioration notable et de guérison momentanée ; mais c'est surtout, comme nous l'avons dit ailleurs, M. Briquet, qui a expérimenté les inhalations anesthésiques sur une large échelle à l'hôpital de la Charité. Sur environ cent hystériques qu'il a traitées ainsi, l'effet a été constant : cessation brusque des phénomènes convulsifs ; dans un cinquième des cas seulement, le calme n'a pas persisté au réveil, et il a fallu renoncer au moyen. Souvent, l'effet désiré n'a été obtenu qu'après deux ou trois éthérisations successives, les accidents reparaissant au premier ou au deuxième réveil. Jamais les inhalations n'ont aggravé les accidents, et il a suffi, le plus souvent, de quatre ou cinq inspirations pour procurer aux malades un calme absolu, quelle que fût du reste la forme de la maladie, convulsions cloniques ou suffocation hystérique.

Au reste, ce n'est pas seulement dans le service de ce médecin que les inhalations de chloroforme sont employées dans le traitement des accès hystériques. Nous avons recueilli dans le service de M. Grisolle le fait suivant :

Caroline D..., vingt-deux ans, domestique, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marie, n° 13. Cette fille, d'une constitution robuste et d'une conformation extérieure parfaite, quoiqu'on ne découvre chez elle aucune trace d'utérus et de vagin, sujette à des phénomènes de congestion encéphalique et abdominale continue, fut prise, le soir de son entrée, d'une attaque d'hystérie, qui se calma dans la nuit, et qui laissa à sa suite l'anesthésie la plus complète. Nouvelle attaque, quinze jours après, très-violente. Antispasmodiques et opiacés sans effet. Dix autres jours après, tout d'un coup, horrible douleur

dans le ventre, qui la force à pousser des cris extravagants ; elle se tord en tout sens, se plaignant de souffrances atroces dans l'hypogastre et dans les lombes, et, comme expression de douleur, elle se livre à des mouvements désordonnés du bassin et de tout le corps, au point de se jeter à bas de son lit et de se meurtrir la tête sur sa tablette. Du reste, l'intelligence intacte, la face animée, la respiration irrégulière et sans fréquence, le pouls calme.

Cet état, impossible à décrire, dura vingt heures, pendant lesquelles plusieurs personnes furent occupées à maintenir la malade, et il ne céda que le lendemain, à la suite de l'administration de fortes doses d'opium. Trois jours encore la malade resta très-souffrante et brisée ; puis le sixième, au moment de la visite, la même scène se reproduisit. M. Grisolle lui fit inspirer du chloroforme, qui la plongea dans un sommeil profond ; elle se réveilla calme, ne conservant que son état habituel de souffrance. Le lendemain, dans l'après-midi, nouveau paroxysme. Cette fois, on réussit à la calmer en faisant exercer une forte compression sur l'hypogastre. Le lendemain matin, nouvel accès. La compression ne suffisant plus, le chloroforme fut administré avec le même succès que la première fois.

Depuis ce moment, jusqu'à sa sortie, trois mois après, les mêmes phénomènes se sont reproduits cinq fois ; toujours le chloroforme, employé au début des attaques, a réussi à les arrêter ; seulement, la dernière fois, il a fallu plusieurs éthérisations coup sur coup. Cette femme a quitté l'hôpital complétement guérie, en apparence, de tous ses accidents.

Dans un second cas, chez une jeune fille de seize ans, mal réglée, atteinte d'accès convulsifs légers, survenant fréquemment, se manifestant surtout par une respiration saccadée et des contractions des muscles de la face, affectée en outre d'anesthésie générale, nous avons vu un accès très-violent arrêté d'une manière presque merveilleuse. La respiration était fréquente, irrégulière, saccadée ; le pouls d'une fréquence extrême, la figure grimaçante, les membres inférieurs remarquablement raides, les membres thoraciques dans un état cataleptique à peu près complet. Tout à coup la scène changea : les bras et le tronc se mouvaient d'une façon désordonnée ; puis survinrent des convulsions cloniques des deux bras : les avant-bras se raidissaient sur les bras, et se portaient dans la pronation la plus exagérée, les doigts raides et le pouce fortement fléchi dans la main ; à ces phénomènes succédèrent des convulsions cloniques énergiques : la face exprimait une angoisse extrême.

Cet état durait depuis trois quarts d'heure et allait toujours s'ag-

gravant. C'est alors que M. Grisolle se décida à administrer le chloroforme, en suivant les règles de la prudence la plus minutieuse. Après quelques inspirations, une révolution complète se produisit : la figure, qui grimaçait un instant auparavant, prit une expression de béatitude indicible. La jeune fille revint à elle, se mit à rire ; elle avait cependant le souvenir d'une grande souffrance pendant son attaque. Le jour même, elle courait dans la salle, et dix jours après, elle sortait en très-bon état, conservant néanmoins son anesthésie.

---

*Fracture non consolidée des os de la jambe; guérison par l'introduction de chevilles d'ivoire dans les extrémités des fragments, d'après la méthode de Dieffenbach.*—Rien ne doit plus inspirer aux chirurgiens de sérieuses réflexions relativement aux précautions à adopter dans le traitement des fractures, que les difficultés que l'on éprouve à obtenir la consolidation des fractures non réunies, la guérison des pseudarthroses. Ce sont ces mêmes difficultés qui ont conduit les chirurgiens à imaginer et à pratiquer les opérations les plus hardies dans les cas dans lesquels des moyens plus simples avaient échoué, tels que le frottement des fragments par exemple. L'acupuncture, le passage d'un séton, soit à travers les fragments, soit dans l'épaisseur de ces mêmes fragments, l'introduction dans les extrémités osseuses de chevilles d'ivoire, comme l'a fait Dieffenbach, ou de griffes de fer, comme le pratique M. Malgaigne, la résection des fragments pour dernier terme, telles sont les opérations les plus sûres que la séance compte aujourd'hui pour le traitement des pseudarthroses. Il serait bien difficile de dire à laquelle de ces méthodes on doit donner la préférence; mais ce qui cependant semble résulter de l'analyse des faits publiés jusqu'à ce jour, c'est que, avant d'en venir à des opérations aussi graves que la résection des fragments, et même l'introduction de chevilles d'ivoire dans les extrémités osseuses, il faut avoir essayé l'acupuncture, à laquelle M. Lenoir a dû dernièrement un si beau succès dans un cas de fracture non consolidée du fémur, et le séton qui a donné de si brillants résultats entre les mains de tant de chirurgiens depuis Physick. Mais comme l'opération proposée et mise à exécution par Dieffenbach est peu connue en France, nous croyons utile de faire connaître le fait suivant, dans lequel elle a été pratiquée avec un plein succès.

Un jeune homme de vingt-quatre ans, fort et robuste campagnard, s'était fracturé les deux os de la jambe droite vers son tiers inférieur dans une chute de cheval. Telle fut la violence de la chute que le fragment inférieur traversa la botte et vint faire issue à l'extérieur. La

réduction fut très-difficile ; il fallut plus d'une heure d'efforts persévérants pour y réussir. Pendant deux mois, le membre fut maintenu entouré d'attelles, et pendant quatre mois encore il fut placé dans un appareil spécial. Mais la réunion ne suivit pas plus l'application du second que du premier moyen, bien que la cicatrisation des plaies extérieures se fût faite rapidement. Ennuyé de ne pas guérir, le malade quitta l'hospice pour se rendre dans son pays ; il finit quelque temps après par pouvoir se livrer à un léger travail, en entourant son membre d'un appareil qui maintenait la pseudarthrose dans l'immobilité.

Deux années s'étaient écoulées depuis l'accident, lorsque ce jeune malade vint réclamer les soins de M. Stanley à l'hôpital Saint-Barthélemy. Les surfaces articulaires pouvaient exécuter les mouvements les plus étendus ; une fausse articulation s'était produite ; le malade sentait une crépitation à chaque pas qu'il faisait. Après avoir essayé les vésicatoires pendant un mois, puis l'immobilité dans divers appareils, et en particulier dans une boîte où l'on coula un mélange de gomme et de plâtre, le malade, qui était dans le même état, se dégoûta et retourna dans son pays ; mais il ne tarda pas à revenir, et M. Stanley, désirant faire quelque chose d'utile pour lui, lui proposa de lui pratiquer l'opération conçue et exécutée par Dieffenbach, qui consiste comme on sait à introduire des chevilles d'ivoire dans les extrémités des fragments, de manière à déterminer par la présence de ces corps étrangers l'irritation suffisante pour la formation du cal. Cette opération fut exécutée de la manière suivante : le malade préalablement endormi avec le chloroforme, M. Stanley tailla un lambeau à base supérieure, de manière à découvrir les surfaces osseuses ; puis, l'ayant fait relever par un aide, il pratiqua avec un instrument fait exprès, et semblable à un vilebrequin, deux trous dans le fragment supérieur et deux autres dans le fragment inférieur. Ensuite quatre chevilles d'ivoire furent introduites, ou pour mieux dire vissées dans les quatre trous, en les laissant déborder d'un quart de pouce au-dessus de la surface de l'os. Le lambeau rabattu, la jambe fut placée dans un appareil à fractures. L'inflammation fut assez vive, la suppuration ne tarda pas à s'établir ; néanmoins les symptômes réactionnels furent très-modérés et le malade souffrit très-peu. Trois jours après l'opération, il se forma un petit abcès à la partie supérieure du lambeau, qui fut ouvert, et une quinzaine après on vit sortir par la plaie une des chevilles. Le lambeau ne tarda pas à se cicatriser et, deux mois après l'opération, M. Stanley procéda, à l'aide d'une incision, à l'extraction des chevilles d'ivoire qu'il trouva intactes dans leur portion externe débordant l'os,

mais presque entièrement disparues dans leur portion interne, c'est-à-dire dans celle qui avait été logée dans l'épaisseur de l'os. (M. Teale, qui a pratiqué cette même opération quelques années auparavant, avait fait la même remarque pour les chevilles d'ivoire.)

Le 13 mai, trois mois après l'introduction des chevilles, il survint un érysipèle sur la jambe malade, que l'on parvint à arrêter avec un cercle de nitrate d'argent à la partie supérieure du membre. A cette époque, la fracture touchait à sa consolidation ; mais M. Stanley voulut que le malade ne se servît pas encore de son membre pendant quelques semaines. Ce fut seulement après quatre mois que, la fracture ayant été trouvée parfaitement réunie et consolidée, on permit au malade l'usage des béquilles. Il quitta l'hôpital, parfaitement guéri, cinq mois après l'opération.

---

*De la valeur des applications de gutta-percha sur la face dans la variole, comme moyen de prévenir les cicatrices difformes de cette maladie.* — En publiant, il y a quelques mois, les observations recueillies dans le service de M. Stokes, observations tendant à prouver l'efficacité de l'emploi topique de la solution de gutta-percha pour prévenir les effroyables cicatrices que laissent à peu près constamment les varioles graves, nous faisions nos réserves, principalement à ce point de vue, que l'application de l'enduit de gutta-percha, faite à l'époque indiquée par M. Stokes, c'est-à-dire lorsque les pustules sont en pleine suppuration, ou quand elles présentent un commencement d'affaissement très-sensible, nous paraissait ne devoir entraver en rien la marche des pustules, et ne pas pouvoir, par conséquent, empêcher le décollement de l'épiderme par le pus, qui est un des principaux phénomènes de la variole confluente, et une des causes principales des cicatrices, le pus creusant en quelque sorte le derme. Pour nous, qui n'avons jamais attribué au collodion d'autre action que celle de comprimer les pustules et d'empêcher mécaniquement leur évolution, il nous était difficile en outre de comprendre qu'un enduit aussi flexible que celui formé par la solution de gutta-percha dans le chloroforme, pût avoir d'autre action que de cacher au médecin le véritable état des choses, ou tout au plus d'empêcher les sujets de s'écorcher avec les doigts ou avec les draps et les linges de corps.

Dans cette question, fort importante à notre avis, puisqu'il ne peut être indifférent pour les maladades d'être ou non couturés de cicatrices, mais en même temps toute pratique, l'expérience seule pouvait prononcer, et l'espèce d'épidémie de variole qui a régné à Paris dans

ces derniers temps rendait la chose facile. Nous avons donc prié notre collaborateur, M. Aran, de vouloir bien faire quelques essais dans son service, à la Pitié. Voici quels en ont été les résultats :

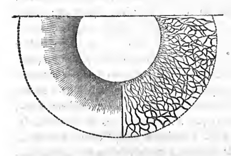
Deux malades ont été soumis à cette application : le premier, à l'époque indiquée par M. Stokes, c'est-à-dire au moment où les pustules étaient ou commençaient à être en suppuration ; le second, au deuxième jour de l'éruption, pour vérifier la puissance abortive de la solution de gutta-percha. Le premier était une femme nommée Gaudry (Joséphine), âgée de vingt-trois ans, couturière, entrée à l'hôpital le 27 septembre dernier, non vaccinée, et atteinte d'une variole non confluente, mais remarquable par le volume considérable des pustules. Non-seulement les pustules ont parfaitement suivi leur marche habituelle ; mais lorsque cette femme est sortie, le 15 novembre dernier, retenue qu'elle avait été à l'hôpital par des accidents graves, et en particulier par un avortement survenu après la terminaison complète de la maladie, elle portait des cicatrices violacées, remarquables par leur étendue et leur profondeur, représentant très-exactement les pustules qui leur avaient donné naissance.

Le second sujet, un nommé Duclès (Florent), menuisier, âgé de vingt ans, vacciné, entré, le 19 octobre, pour une éruption variolique éminemment confluente, n'a pas été beaucoup plus heureux : non-seulement l'éruption a parcouru toutes les périodes sans être arrêtée par cet enduit si flexible, mais encore l'épiderme, soulevé par la suppuration des pustules et adhérent à l'enduit, a été décollé sur presque toute la face ; de sorte qu'en faisant une piqûre à l'enduit, le pus sourdait comme d'un abcès, et que lorsque cet enduit est tombé après de longues souffrances, il a laissé le derme à nu dans une grande étendue. Aussi les croûtes étaient-elles à peu près détachées sur tout le corps, que la face était encore occupée par des croûtes épaisses, qui ne sont tombées qu'à la longue. Aujourd'hui même, 28 décembre, il en reste une sur l'extrémité du nez, qui laissera une cicatrice très-profonde. Reconnaissons cependant que si le malade a été rendu assez souffrant par l'application de cet enduit, s'il aura des cicatrices, celles-ci n'auront cependant ni l'étendue, ni la profondeur qu'une éruption aussi confluente eût pu le faire craindre, en même temps qu'elles ne seront pas aussi nombreuses qu'on les voit ordinairement dans les cas de ce genre. La solution de gutta-percha ne présente donc aucun avantage spécial, et ne vaut pas à beaucoup près le collodion. Du reste, M. Aran a entrepris des expériences comparatives, en mettant du collodion sur une moitié seulement de la face ; notre confrère essaye aussi un collodion chargé de bichlorure de mercure. Nous

tiendrons nos lecteurs au courant des résultats que ces expériences pourront avoir.

---

*Des conditions anatomiques différentielles de l'injection de la conjonctive, et de celle de la sclérotique dans les ophthalmies.* — La rapidité avec laquelle les praticiens doivent procéder à l'examen des yeux, chez les jeunes sujets affectés d'ophthalmie, nous engage à arrêter leur attention sur la forme qu'offre l'injection vasculaire, selon qu'elle affecte les vaisseaux de la conjonctive ou ceux de la sclérotique. La vascularisation des membranes de l'œil est un point sur lequel les ophthalmologistes insistent avec juste raison, sans être toujours nettement compris ; la figure ci-dessous, en venant rappeler aux yeux les dispositions si tranchées de ces deux formes, nous empêchera d'avoir le même sort. Nous ne parlerons pas de la rougeur de la conjonctive due aux ecchymoses, rien de plus facile que de la distinguer de celle qu'amène la congestion inflammatoire : en effet, elle se présente toujours sous forme de plaque, à contours plus ou moins brusquement arrêtés, sans aucune apparence de ramification vasculaire, tandis que c'est le contraire pour l'autre. Il n'en est pas de même, au premier coup d'œil, lorsque la rougeur des membranes est due à une inflammation, et les médecins sont quelquefois embarrassés, au début des ophthalmies, pour savoir si la phlegmasie a pour siége la conjonctive ou la sclérotique. Lorsqu'on examine avec un peu d'attention les diverses espèces d'ophthalmies, on ne tarde pas à remarquer que dans les cas de conjonctivite simple, les vaisseaux assez volumineux ont une marche sinueuse, s'anastomosent les uns avec les autres, et affectent ainsi une disposition réticulée ; leur coloration est d'un rouge foncé, plus prononcée encore vers le pourtour de l'orbite. Dans l'injection des vaisseaux de la sclérotique, la coloration est moins foncée et plus vive ; elle forme une sorte d'auréole autour de la cornée, variant, suivant l'intensité de l'inflammation, du rose pâle au carmin le plus vif. Ces vaisseaux très-ténus, disposés en ligne droite, vont se perdre dans la sclérotique à 4 à 5 millimètres de la circonférence de la cornée ; ils ont été comparés au disque d'une fleur radiée. C'est donc, on le voit, une disposition com-



plétement inverse de celle présentée par les vaisseaux de la conjonctive. Ces différences, très-manifestes au début des ophthalmies, peuvent, lorsque les deux membranes sont affectées en même temps, s'effacer et offrir quelques difficultés; cependant, avec un peu d'attention, on distingue encore les vaisseaux radiés de la sclérotique, à travers les mailles que forment ceux de la conjonctive. Lorsque l'inflammation gagne en intensité, ces signes objectifs disparaissent, et c'est dans les symptômes subjectifs, la photophobie, les douleurs ressenties dans le globe occulaire, que le médecin puise ses éléments de diagnostic et ses indications thérapeutiques. Les signes de l'inflammation de la sclérotique sont les plus importants, car la phlogose de cette membrane est le plus souvent le symptôme secondaire d'une inflammation plus grave qui a envahi les membranes internes de l'œil, et qui réclame toujours l'emploi de la médication antiphlogistique et des mercuriaux.

---

*Mouvements convulsifs du moignon d'un bras amputé; résection des renflements terminaux des nerfs; suspension momentanée des accidents; rechute un mois après; amputation [dans l'article; persistance des mouvements spasmodiques.*—Anne V., jeune femme de vingt-neuf ans, blonde, aux yeux bleus, entra, au mois d'avril 1851, dans le service de M. Hancock, à l'hôpital de Charing-Cross. Cette femme, d'un tempérament éminemment nerveux et excitable, légèrement hystérique, avait subi une amputation du bras gauche à la partie moyenne, onze ans auparavant, pour une tumeur blanche du coude dont elle avait été traitée sans succès pendant cinq ans. Cette amputation n'avait rien présenté de particulier; néanmoins, la cicatrisation ne fut complète qu'après deux mois. Trois mois après l'opération, et par conséquent un mois après la fermeture de la plaie, le moignon commença à être pris de mouvements convulsifs auxquels participèrent bientôt la plupart des muscles du cou et de l'épaule correspondante. Ces mouvements convulsifs avaient été précédés, pendant plusieurs jours, des douleurs les plus vives à l'extrémité du moignon. Bientôt après, il se forma une collection purulente à ce niveau. Entrée à l'hôpital de Guy, Aston Key essaya sans succès, contre cette étrange affection, les moyens les plus variés, vésicatoires, sétons, cautères, pommades de diverse nature, traitements généraux et même la ligature du bas du moignon; mais à peine cette application était-elle faite, et par conséquent les mouvements convulsifs arrêtés dans le moignon, que tout le corps entrait à son tour en convulsions. La douleur irradiait quelquefois du moignon vers le cou, la partie postérieure de la tête,

et jusque vers la colonne vertébrale ; et parfois même des convulsions furent observées dans la cuisse, la jambe et le gros orteil du pied gauche. L'épaule droite, dans certains cas, s'agitait violemment et devenait excessivement douloureuse. Souvent la malade se réveillait en sursant, au milieu de mouvements convulsifs du moignon et de la jambe gauche ; mais cependant, le plus ordinairement, les mouvements se suspendaient pendant le sommeil, sauf quelques soubresauts de temps en temps. On remarqua également qu'au plus fort des mouvements convulsifs, la peau et le tissu cellulaire de la cicatrice étaient violemment rétractés. Pendant deux années, des traitements sans nombre furent essayés sans avantage, même le magnétisme animal. A cette époque, on songeait à pratiquer la désarticulation de l'épaule, lorsque des accès épileptiques des plus graves vinrent éloigner pour quelque temps cette idée. Ils se prolongèrent pendant deux années. Enfin, dans les onze années qui précédèrent son entrée à l'hôpital de Charing-Cross, a malade rapportait qu'elle avait subi 25 incisions, qu'on lui avait appliqué 455 sangsues et 96 vésicatoires, etc., etc. Dans ce long intervalle, elle n'avait pas toujours été aussi souffrante : il y avait eu parfois des instants de relâche, et même des moments où sa santé s'améliorait très-notablement ; les règles avaient toujours été très-régulières.

C'était pour les mêmes accidents que la malade était rentrée à l'hôpital; le moignon était continuellement agité de mouvements convulsifs, dirigés principalement de haut en bas. Le muscle pectoral, le trapèze, le scalène et le sterno-mastoïdien étaient assez fortement agités, et la malade ne jouissait d'un véritable repos de ces parties que pendant son sommeil. M. Hancock la soumit, pendant un certain temps, à un régime tonique, fortifiant et antispasmodique. Ne voyant aucune amélioration, après plusieurs mois il songea à intervenir plus activement, et ayant reconnu que l'extrémité des nerfs présentait un renflement bulbeux assez volumineux, il pensa que les accidents tenaient peut-être à cette altération des tissus nerveux. En conséquence, le 22 août dernier, il pratiqua une opération dans laquelle il mit à découvert, par une incision longitudinale, l'extrémité des nerfs qui formaient un renflement bulbeux, gros comme la dernière phalange du pouce, et en pratiqua l'excision. Pendant cette opération, l'artère brachiale fut divisée et liée immédiatement. Les lèvres de la plaie furent réunies ensuite par première intention, et lorsque le moignon fut placé sur l'oreiller, on remarqua que les mouvements spasmodiques avaient cessé. On se crut donc en droit de conclure que c'était bien à cette altération des nerfs qu'était due cette étrange affection. La malade, qui

avait été endormie avec le chloroforme, n'avait rien senti de l'opération.

Les choses marchèrent de la manière la plus favorable pendant un mois : le moignon n'était plus agité, et on se berçait déjà de l'espérance que l'on était arrivé à la guérison, lorsqu'à ce moment la malade, à la suite d'un mouvement d'impatience, vit reparaître les mouvements convulsifs, et bientôt elle en fut au même point qu'avant l'opération. Dans ces circonstances, M. Hancock pensa que l'amputation dans l'article offrait une dernière ressource. Il la proposa à cette jeune femme qui l'accepta, et elle fut pratiquée au mois de novembre dernier, en taillant un large lambeau aux dépens du deltoïde. On remarqua que le moignon, séparé du corps et placé sur une table, continua à être agité convulsivement pendant quelques minutes. La dissection du moignon ne fit rien découvrir de particulier : on trouva seulement les tissus nerveux étroitement adhérents à l'os. La malade, qui avait été endormie avec le chloroforme, resta à la suite, pends. vingt-quatre heures, dans un état hystérique assez alarmant ; néanmoin les choses suivirent, après, leur cours favorable, et, comme la première fois, pendant plusieurs semaines on put croire à la guérison. Mais la cicatrisation terminée, deux mois après l'opération, le deltoïde, le trapèze, le scalène, une portion du grand pectoral, et même le sterno-mastoïdien, furent repris de mouvements convulsifs violents. Les mouvements étaient aussi continuels et aussi spasmodiques que dans le moignon ; ils étaient, comme autrefois, un peu moindres quand la malade était tranquille que lorsqu'elle était chagrine ou excitée. Elle quitta l'hôpital le 15 février, dix mois après son entrée, ayant subi sans profit une grave mutilation.

Que de tristes réflexions cette observation ne suggère-t-elle pas ! Tant d'opérations sanglantes, une amputation dans l'article, tout cela, sans aucun profit pour la malade ! N'y a-t-il pas là quelque chose qui accuse gravement nos moyens de diagnostic ? C'est évidemment parce que, dans des cas de ce genre, les auteurs ont attribué les accidents à la présence d'une altération des nerfs, d'une espèce de névrome, que M. Hancock s'est cru autorisé à pratiquer d'abord la résection des extrémités nerveuses du moignon, puis la désarticulation du membre. M. Langstaff, qui a insisté le premier, il y a plus de vingt ans, sur cette influence fâcheuse de la transformation bulbeuse des nerfs dans la production des mouvements convulsifs du moignon, a rapporté, en effet, un cas exactement semblable, dans lequel il pratiqua l'amputation du bras (la malade avait été déjà amputée de l'avant-bras), en ayant soin de tirer au dehors, avec le ténaculum, les extrémités de chaque nerf pour les réséquer un peu haut, et éviter par là que leurs

extrémités fussent comprises dans la cicatrice. La malade fut débarrassée de toutes les sensations douloureuses qu'elle avait éprouvées jusque-là, et pendant plusieurs mois elle put vaquer à ses occupations. Ajoutons cependant qu'elle a eu une rechute quelque temps après, pour laquelle M. Tyrrel lui fit l'amputation un peu plus haut ; et plus tard, comme dans le fait de M. Hancock, la désarticulation de l'épaule fut pratiquée sans plus de succès ; car les parties molles constituantes de l'épaule furent prises à leur tour de mouvements convulsifs. Pour nous, sans nier que le renflement bulbeux des nerfs coupés dans une amputation, puisse constituer, dans quelques cas, un état morbide, nous ferons remarquer que c'est là cependant un état presque normal dans les membres amputés. Rapprochant ce dernier fait de cette circonstance que les convulsions du moignon ont été observées, pour la plupart, chez des femmes nerveuses, hystériques même, nous serions donc conduit à ranger cette affection dans ces tremblements nerveux incurables, dont on voit malheureusement trop d'exemples, et que nous avons observés plusieurs fois à la Salpêtrière. Cela ne veut pas dire sans doute que dans tous les cas de ce genre, et surtout lorsque les renflements bulbeux des nerfs sont le siége d'irradiations douloureuses, le chirurgien ne peut être autorisé à pratiquer l'excision de ces renflements; mais ce que nous contestons formellement, c'est que les mutilations, les amputations successives, puissent avoir une influence quelconque sur de pareils accidents. Que de reproches un médecin n'aurait-il pas à s'adresser, si, à l'exemple des chirurgiens anglais que nous avons cités, il enlevait successivement et par portions tout un membre, sans autre résultat que de reléguer le tremblement dans les parties du tronc respectées par son bistouri !

---

*Exemple de gale sans éruption vésiculeuse.* — Les vésicules psoriques ont été reconnues, jusque dans ces derniers temps, comme le meilleur signe à l'aide duquel on pût sûrement diagnostiquer la gale, et il n'y a pas d'exagération à dire que le plus grand nombre des praticiens conserve encore aujourd'hui cette opinion. Vérification faite, après les travaux modernes dont nous avons plus d'une fois entretenu nos lecteurs, il faut abandonner cette vieille erreur, et reconnaître que la présence de l'acarus et de son sillon sont les seuls signes infaillibles de la gale. — L'observation suivante est surtout propre à mettre cette vérité dans tout son jour :

M^lle^ N., âgée de dix-huit ans, couturière, s'est présentée il y a quelques jours au 1^er^ dispensaire, pour réclamer un conseil pour des démangeaisons qui la tourmentaient depuis quatre mois, et que des

bains et différents traitements n'avaient pu calmer. Elle portait à la face interne des cuisses, et au devant de la poitrine, les papules bien connues du prurigo ; ces démangeaisons générales se faisaient surtout sentir une heure après le repos au lit. — Nous nous demandâmes si l'acarus ne serait pas la cause de cette maladie, et comme les mains n'offraient aucune apparence d'éruption ni papuleuse, ni vésiculeuse, nous étions sur le point de rejeter cette supposition, quand un examen plus scrupuleux nous fit apercevoir un petit sillon, à l'extrémité duquel M. Bourgnignon découvrit un acarus qu'il enleva facilement. Un second et dernier acarus fut encore trouvé au bout d'un autre sillon ; de telle sorte que cette malade, dont les mains saines et blanches ne présentaient absolument aucune éruption ni papuleuse ni vésiculeuse, n'avait réellement, pour tout signe pathognomonique de la psore, que ces deux sillons. Le corps, examiné avec soin, ne présenta également aucune vésicule. — Des frictions générales et deux bains savonneux ont fait justice en 24 heures des démangeaisons, et, nous pouvons le garantir à l'avance, de la psore elle-même. — De pareils faits, car ces cas de gale sans vésicule ne sont pas très-rares, montrent avec quel soin il faut examiner les malades tourmentés par des éruptions et des démangeaisons.

---

*Pleurésie hémorrhagique, traitée avec succès par la thoracentèse.* — La thoracentèse est-elle également applicable à tous les épanchements pleurétiques ? Cette question, qui n'est pas encore résolue pour les épanchements séreux et pour les épanchements purulents, est d'une solution bien autrement difficile quand il s'agit de la pleurésie hémorrhagique, c'est-à-dire d'une forme de pleurésie fort rare, et que les auteurs rapportent généralement à l'acuité excessive du travail inflammatoire. A la vérité, les difficultés qui entourent en ce moment le diagnostic de la pleurésie hémorrhagique empêcheront souvent que cette question ne soit soulevée avant l'opération, puisqu'il pourra arriver que ce soit seulement par la ponction que la nature du liquide soit reconnue. Mais, en supposant même que le diagnostic fût solidement établi, on verra, par le fait suivant, que la présence du sang dans l'épanchement n'est pas une contre-indication de l'opération, et que le succès peut couronner la tentative du médecin, comme dans les épanchements d'une autre nature.

Désirée Belat, couturière, âgée de quarante-huit ans, est entrée dans le service de M. Nonat, à la Pitié, le 8 octobre dernier. Cette femme, habituellement bien portante, assez grasse, d'une constitution robuste et d'un tempérament lymphatico-sanguin, faisait remonter le dé-

but de la maladie au mois d'août dernier. A cette époque, elle avait été prise, à la suite d'une imprudence, pour avoir bu de l'eau froide étant en sueur, d'une diarrhée qu'elle avait conservée pendant quinze jours, et qui l'avait beaucoup affaiblie. Un jour ou deux après que la diarrhée eut cessé, elle avait ressenti un point de côté assez vif, qui lui était survenu sans qu'elle se fût exposée au froid ou à l'humidité. Elle continua cependant de travailler; mais après quelques jours, la respiration devint difficile, et l'oppression s'accrut rapidement, au point que la malade pensa qu'elle allait étouffer. Deux médecins, appelés successivement, méconnurent la nature des accidents et se bornèrent à quelques moyens insignifiants. Les accidents augmentèrent, l'oppression fit des progrès; la malade passait les nuits assise sur son lit et n'avait pas un instant de sommeil. Un troisième médecin, mandé auprès de la malade, trois semaines avant son entrée, constata enfin un épanchement dans le côté gauche de la poitrine, ayant une hauteur de six travers de doigt. A ce moment, il existait encore quelques accidents aigus, un point de côté assez douloureux et de la fièvre. Saignée, suivie d'un très-notable soulagement; mais l'épanchement, qui avait d'abord diminué, augmenta de nouveau.

Entrée à l'hôpital dans cet état, des drastiques, plusieurs vésicatoires furent impuissants à arrêter l'épanchement dans sa marche ascendante, et le 7 novembre il atteignait la deuxième côte. Les accidents allèrent en augmentant, et le 11 novembre la malade était assise, les jambes pendantes hors de son lit, la face bouffie et fortement cyanosée; les lèvres bleuâtres, les mains légèrement œdématiées, les jambes fortement infiltrées et légèrement cyanosées, surtout à leur partie inférieure; la respiration haute, courte, précipitée, au point que la malade ne pouvait répondre que par des mots entrecoupés. Plaintes de temps en temps. Pas d'infiltration des parois thoraciques. Absence de vibrations vocales du thorax dans le côté gauche; matité considérable occupant tout le côté en arrière, remontant jusque dans la fosse sus-épineuse, s'élevant en avant jusque sous la clavicule et atteignant le bord droit du sternum. Le cœur, refoulé, se trouvait en partie sous le sternum et en partie à droite; la pointe, en particulier, battait dans ce sens, et les battements étaient un peu irréguliers. Pouls à 120; la respiration ne s'entendait que le long de la colonne vertébrale, dans un espace très-limité. Pas de souffle bronchique ni d'égophonie. Pas de toux ni d'expectoration. Depuis plusieurs semaines, la malade urinait très-peu.

Les accidents étaient évidemment arrivés à un degré tel d'intensité que toute hésitation était impossible. Aussi M. Nonat pratiqua le jour même

l'opération de la thoracentèse, par le procédé Reybard, dans le septième espace intercostal. La ponction donna issue à 4 litres 125 centil. d'un liquide très-homogène, fortement sanguinolent. Malaise et plaintes dès que le liquide commença à couler. Quelques instants après, elle fut prise de toux, et chaque secousse de toux activait la sortie du liquide, qui ne contenait pas de fausses membranes, et dans lequel la matière colorante ne tarda pas à se déposer et à former une couche de plus d'un centimètre. Aussitôt après l'opération, on put constater que le son avait reparu, ainsi que la respiration, dans tout le côté gauche, mais mélangée de râle crépitant. Le cœur avait repris sa place.

Le lendemain, la malade était sensiblement mieux; elle avait un peu dormi, et surtout elle avait uriné très-abondamment. L'œdème des membres inférieurs avait considérablement diminué, la figure était moins bouffie, moins cyanosée, la respiration facile, la sonorité normale, le pouls à 96. Le mouvement respiratoire s'entendait partout, mêlé de râle sous-crépitant et sonore. La malade avait toussé dans la journée et avait rempli deux crachoirs et demi de crachats mélangés, liquides, spumeux et muqueux.

Les jours suivants, l'amélioration marcha très-rapidement; le pouls tomba à 75, puis à 70; l'œdème des muscles inférieurs disparut complétement. Un peu de toux, mais surtout expectoration assez abondante d'un liquide muqueux, clair, peu spumeux. Sous l'influence d'un large vésicatoire appliqué sur le côté gauche du thorax, la bronchorrhée diminua ainsi que la toux, et la fièvre tomba entièrement. Enfin le 10 décembre, jour de la sortie, la malade était dans l'état le plus satisfaisant: elle avait recouvré son appétit et ses forces; la respiration était libre, la sonorité rétablie dans les 4/5 inférieurs du côté gauche de la poitrine, un peu affaiblie seulement dans le 1/5 inférieur; le murmure respiratoire s'entendait partout, mais un peu faible dans les parties les plus déclives, mélangé des deux côtés de quelques bulles de râle sous-crépitant. Enfin, la malade ne toussait que rarement et n'expectorait que quelques crachats salivaires, filants, homogènes.

---

## VARIÉTÉS.

L'Académie de médecine a tenu sa séance annuelle le 14 de ce mois, devant une assemblée nombreuse et choisie. M. Gibert a ouvert la séance par un rapport sur les prix; sujet ingrat, sur lequel l'honorable secrétaire sait toujours jeter de l'intérêt. Après la proclamation des prix par M. le président, M. Dubois, d'Amiens, a lu l'éloge de Boyer. L'œuvre nouvelle de M. le secrétaire perpétuel présente toutes les qualités accoutumées; biographie attachante par des détails pleins d'intérêt, appréciation exacte des travaux du savant chirurgien. Ce discours a été écouté avec une grande faveur, et interrompu plusieurs fois par des applaudissements mérités.

Voici la liste des prix décernés : *Prix de l'Académie*, dont le sujet était la question du « seigle ergoté, considéré sous le rapport physiologique, sous le rapport obstétrical et sous le rapport de l'hygiène publique. » Ce prix, de la valeur de 1,000 fr., a été décerné à M. Aug. Millet, de Tours. Des mentions honorables ont été accordées à M. Ch. Dubreuil, de Bordeaux, M. Parola, médecin en chef de l'hôpital de Coni (Piémont), et M. Perrin, médecin à Paris. Le *prix Portal* n'a pas été donné.—*Prix Civrieux*. La question proposée était ainsi conçue : « Etiologie de l'épilepsie ; rechercher les indications que l'étude des causes peut fournir pour le traitement soit préventif, soit curatif, de la maladie.» Ce prix était de 1,200 fr. L'Académie n'a pas décerné le prix, mais elle a accordé : 1° une récompense de 700 fr. à M. Moreau, de Tours; 2° une récompense de 500 fr. à M. Poterin du Motel ; 3° une mention honorable à M. Joire.—*Prix Itard*. Ce prix, destiné au « meilleur livre ou meilleur mémoire de médecine pratique, ou de thérapeutique appliquée», a été partagé ainsi : 1° un prix de 1,500 fr. à M. Sandras, pour son Traité des maladies nerveuses; 2° une récompense de 1,000 fr. à MM. Monneret et Fleury, pour leur Compendium de médecine pratique; 3° une récompense de 500 fr. à M Legendre, pour ses Recherches sur les maladies des enfants. Le *prix d'Argenteuil* a été accordé, nous l'avons annoncé déjà, à M. Reybard, de Lyon.

---

L'Académie, chargée de faire chaque année un rapport général sur le service des eaux minérales et sur le service des épidémies, a décidé que, pour encourager le zèle des médecins, des médailles seraient accordées à ceux qui lui auraient envoyé les meilleurs mémoires. En conséquence, et dès cette année, elle a accordé, pour ce qui concerne le service des eaux minérales, une médaille d'argent à chacun des savants dont les noms suivent : M. Berthrand fils, médecin inspecteur adjoint aux eaux du Mont-Dore ; M. Villaret, médecin militaire à Vichy; M. Filhol, professeur de chimie à Toulouse; M. Lambron, médecin à Levroux (Indre); M. Cazaintre, médecin inspecteur des eaux minérales de Rennes (Aude); M. Dufresse de Chassaigne, médecin inspecteur des sources thermales de Chaudesaigues (Cantal). En ce qui concerne le service des épidémies, des médailles d'argent sont accordées à M. Vial, médecin à Saint-Etienne (Loire); M. Balut, médecin à Dôle (Jura); M. Montain, médecin à Florac (Lozère) ; et des médailles de bronze à M. Houeix, médecin à Ploërmel (Morbihan); M. Tueffid fils, médecin à Montbelliard (Doubs); M. Avisard, médecin à Coulommiers (Seine-et-Marne).

Questions proposées en prix pour 1854.— *Prix de l'Académie:* « De l'huile de foie de morue considérée comme agent thérapeutique.» Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.— *Prix Portal :* « Anatomie pathologique des cicatrices dans les différents tissus. « Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.—*Prix Civrieux :* « Déterminer, par des faits rigoureux, l'influence positive des affections morales sur le développement des maladies du cœur. » Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.— *Prix Lefèvre :* « De la mélancolie. » Ce prix sera de la valeur de 3,000 fr.— *Prix Capuron :* « De l'albuminurie dans l'état puerpéral et de ses rapports avec l'éclampsie.» Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

---

L'Académie a procédé au renouvellement de son bureau. Ont été nommés, pour 1853 : *président*, M. Bérard ; *vice-président*, M. Nacquart; *secrétaire annuel*, M. Gibert; *trésorier*, M. Patissier. Membres du Conseil : MM. Mélier, Laugier et Renault.

---

L'Académie des sciences a également tenu sa séance annuelle. La médecine a eu cette année une large part aux récompenses décernées sur la fondation Montyon. Ainsi : *Prix de physiologie expérimentale* : le prix de physiologie expérimentale a été partagé entre MM. Budge, médecin anglais, et Waller, professeur à Bonn, pour leurs « Recherches expérimentales sur les fonctions du nerf grand sympathique. »— *Prix de médecine et de chirurgie.* — Sur la proposition de la Commission des prix de médecine et de chirurgie, l'Académie a : 1° décerné un prix de 2,500 fr. à M. le docteur Bretonneau pour « l'Application de la trachéotomie au traitement de la période extrême du croup » ; — 2° alloué une récompense de 2,000 fr. à M. Trousseau pour le « Perfectionnement de cette opération et la propagation de cette

méthode »; — 3° une récompense de 2,000 fr. à M. le docteur Manec pour le « traitement des affections cancéreuses par la pâte arsenicale du frère Côme » ; — 4° une récompense de 2.000 fr. à M. Bourgery et feu M. Jacob pour leur ouvrage sur « l'Anatomie iconographique de l'homme »; — 5° une récompense de 2,000 fr. à M. le docteur Lebert pour son « Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer » ; — 6° une récompense de 1,500 fr. à M. Lud. Hirschfeld pour son ouvrage « Sur la nécrologie et les organes des sens » ; — 7° une récompense de 1,500 fr. à M. Blondlot pour son « Essai sur les fonctions du foie, etc. » ; — 8° une récompense de 1,500 fr. à MM. A. Duméril, Demarquay et Lecointe pour leurs « Recherches expérimentales sur la température animale » ; — 9° une récompense de 1,200 fr. à MM. Becquerel et Rodier pour leurs « Nouvelles recherches sur l'hématologie » ; — 10° une récompense de 1,000 fr. à M. Davaine pour son travail sur la « Paralysie générale et partielle des deux nerfs de la septième paire ; — 11° un encouragement de 1,000 fr. à M. Renault pour ses « Etudes expérimentales et pratiques relatives aux effets de l'ingestion des matières virulentes dans les voies digestives » ; — 12° un encouragement de 1,000 fr. à M. A. Becquerel pour son travail sur « l'Emploi des mercuriaux dans la fièvre typhoïde » ; — 13° une récompense de 1,000 fr. à M. Bouisson pour son « Traité théorique et pratique de la méthode anesthésique » ; — 14° un encouragement de 1,000 fr. à M. Boinet pour le « Traitement des ascites par les injections iodées » ; — 15° un encouragement de 1,000 fr. à M. Fauconneau-Dufresne pour son « Traité de l'affection calculeuse du foie et de la rate » ; — 16° un encouragement de 1,000 fr. à M. Baudens pour sa « Nouvelle méthode de l'amputation de la jambe » ; — 17° une récompense de 1,000 fr. à MM. Follin pour ses « Recherches sur les corps de Wolf » ; — 18° un encouragement de 1,000 fr. à M. Louis Orfila pour son travail sur « l'Elimination des poisons » ; — 19° un encouragement de 1,000 fr. à M. Richard pour son « Mémoire sur les kystes tubo-ovariens » ; — 20° un encouragement de 1,000 fr. à M. Niépce pour son ouvrage sur le « Crétinisme » ; — 21° un encouragement de 1,000 fr. à M. Josat pour son « Mémoire sur les maisons mortuaires. »

---

Le concours pour les prix de *l'internat* s'est terminé ainsi : 1<sup>re</sup> division, *médaille d'or*, M. Axenfeld ; *médaille d'argent*, M. Charcot ; *mentions honorables*, MM. Trélat et Landry.—2<sup>me</sup> division : *médaille d'argent*, M. Zapfle; *accessit* (des livres), M. Grall ; *mentions honorables*, MM. Leplat et Cannet.

---

Par un décret du 18 décembre, sur la demande de la Faculté, M. le professeur Trousseau est transféré de la chaire de thérapeutique à la chaire de clinique vacante à l'Hôtel-Dieu.

---

Les candidats à la chaire d'anatomie, que la mort de M. Dubreuilh laisse vacante dans la Faculté de Montpellier, dit la Revue du Midi, sont en nombre considérable. On cite MM. Benoît, Courty, Chrestien et Quissac parmi ceux de Montpellier, et parmi ceux de Paris MM. Lacauchie, Giraldès, Sappey et Janain.

---

M. le docteur Dupré, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, vient d'être désigné par ses collègues pour aller offrir au nouvel Empereur les félicitations et l'hommage de cette célèbre compagnie.

---

L'Empereur vient de décider qu'il serait créé, dans les trois quartiers les plus pauvres de Paris, trois établissements de bains et de lavoirs publics modèles. Les frais de ces établissements seront prélevés sur la cassette particulière de Sa Majesté. — Un pareil acte se raconte et ne se loue pas.

---

*Le rédacteur en chef*, E. DEBOUT.

FIN DU TOME QUARANTE-TROISIÈME.

# TABLE DES MATIÈRES

## DU QUARANTE-TROISIÈME VOLUME.

### A.

T.

FIN DE LA TABLE DU TOME QUARANTE-TROISIÈME.



TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7. BATIGNOLLES.
Boulevard extérieur de Paris.